

20
MAR 21 1922

Medical Lib.

VI. Série. — Tome III.

N° 1. — Janvier 1922.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

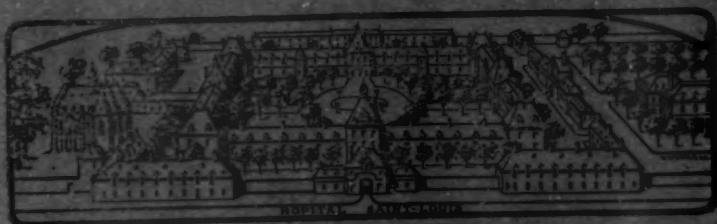
SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris)

et P. RAVAUT (Paris).

RÉDACTEUR EN CHEF



MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Rédacteur en Chef

17, rue Bailly, Paris IX^e. (Téléph. : Gutenberg 04 92).

Prix de l'abonnement pour 1922 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Étranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du Bulletin de la Société de Dermatologie

SAPO-CRÈME

CRÈME DE SAPOLAN

rafraîchissante antiprurigineuse

50 O/O d'hydrolats

SAPO-CADE

Huile de cade vraie.

Sapolan, Ichtyol.

Seborrhées, Impetigo.

Psoriasis, Prurits.

Eczéma, Lichens.

SAPOLAN
SPÉCIFIQUE DES PRURITS-ECZÉMAS, ETC.
Savon Poudre
LAIT 50/50
Adoucissant - Rougeurs
Sécheresses - Crevasses
GAZE au SAPO-CRÈME
Pansement aseptique — cicatrisant
n'adhère pas à la peau
Prescrit avec succès par les Professeurs Kaposi,
Spiringer, Kribbsch, Kaposi, Lassar, Unna
et dans les Hôpitaux de Paris, St-Louis, Brera et de Province
ÉCHANTILLONS. VENTE EN GROS. CORRESPONDANCE : CAVAILLÉS
34, rue de TURIN, à PARIS. Tél. Louvre 19-63
Détail : Pharmacie, 9, rue du 4 Septembre, Paris et Ph^{ies}

EPILEPSIE

Nouveau Traitement absolument inoffensif par le
Tartrate Borico-Potassique soluble et ch^é pur
de L. PACHAUT

Tubes de 1 gr., 2 gr., 3 gr., 4 gr. et 5 gr. — DOSE MOYENNE : De 3 à 4 gr. par jour. — Pour les Enfants : Réduire
suivant l'âge; dissoudre dans de l'eau au moment de l'emploi un tube à prendre en une seule fois
ou par fractions, suivant l'indication du Médecin. — L. PACHAUT, 120, St-Maurice, Paris 4^e arr.

PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Réalisation de la forme la plus efficace de la Médication Phosphorée : Epilepsie, Faiblesse du
Système nerveux, Anémie. — Un cachet à déjeuner et dîner. — 120, St-Maurice, Paris 4^e arr.

VALERIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 6 CACHETS À CAPÉ P. R. JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROCC (Paris). — J. DARIER (Paris).
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris).
et P. RAVAUT (Paris)
RÉDACTEUR EN CHEF

TOME III — 1922

PARIS
MASSON ET C^e, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, (6^e)



med
Terg.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES SUR LA PELLAGRE AVEC 3 OBSERVATIONS INÉDITES

Par J. NICOLAS, G. MASSIA et D. DUPASQUIER

Depuis le premier travail publié par Thierry en 1755 sur le mal de la Rosa des Asturies nombre d'auteurs se sont attachés à éclaircir le mystère de la pellagre. Mais de profondes divergences les séparèrent. Entre autres questions soumises à la controverse, on discuta, et aujourd'hui l'accord n'est pas complet, sur l'identité de la pellagre vraie, maladie endémique et épidémique, qui serait due à l'ingestion du maïs avarié ou non, et des pseudo-pellagres ou érythèmes pellagroïdes se rapprochant de la précédente par leur symptomatologie, mais en différant toutefois par certains caractères et surtout par leur étiologie qui serait variable. En 1908, à la suite des travaux de Billod, de Landouzy et de Bouchard, l'un de nous avec Jambon avait exprimé l'opinion, qui s'appuyait sur plusieurs observations, qu'il n'y a point de distinction clinique à établir entre ces types morbides, la symptomatologie des érythèmes pellagroïdes étant parfaitement semblable à celle de la pellagre vraie. Aussi avait-il proposé de réunir ces maladies sous le même nom de « syndrome pellagreu » qui présente le double avantage d'affirmer l'identité clinique des deux groupes de manifestations pellagreu sans rien préjuger de leur origine qui peut être différente (1). L. Sambon en 1916, affirma de nouveau avec l'autorité que lui donnaient ses

(1) NICOLAS et JAMBON. « Etude sur six cas de pellagre » *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 11 février 1908 et *Lyon Médical*, 1908, p. 724. — « Un nouveau cas de syndrome pellagreu ». *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 17 mars 1908 et *Lyon Médical*, 1908, p. 1044. — « Contribution à l'étude de la pellagre et du syndrome pellagreu ». *Ann. Derm. et Syphil.*, 1908, p. 385 et 480.

voyages d'étude dans les contrées où elle sévit l'unicité de la pellagre. « Je ne me suis pas occupé de la pellagre pendant des années, dit-il, la recherchant dans presque tous ses foyers connus, sans apprendre à en faire le diagnostic, et je dirai même que j'ai tout particulièrement recherché si cette maladie, si largement répandue, n'offrait pas quelques différences dans ces pays si variés et si éloignés les uns des autres, mais je n'ai pu en découvrir aucune. La pellagre d'Amérique est identique à celle d'Europe et d'Afrique ; elle est la même chez le blanc et chez le nègre » (1). Pour nous, en dépit des critiques de Merck, l'observation des 5 cas que nous rapportons ici n'a pu que nous confirmer dans notre opinion : un érythème très spécial dans sa morphologie atteignant même les parties qui ne sont pas exposées au soleil, des troubles digestifs intenses avec stomatite aiguë, de la vulvite, des phénomènes nerveux allant jusqu'à la névrite des membres inférieurs et la paralysie d'un nerf moteur de l'œil ne peuvent être confondus avec les symptômes d'un érythème solaire et constituent un ensemble entièrement superposable au tableau clinique de la pellagre vraie. Nous pensons donc que chacun de ces cas mérite l'étiquette de pellagre ou mieux de « syndrome pellagreu ». »

..

OBSERVATION I (inédite)

Syndrome pellagreu. Erythème des mains et du cou. Signes nerveux très marqués, asthénie et mélancolie Troubles digestifs, anorexie et diarrhée notables. Guérison.

V... Marie, ménagère, 37 ans. Entre à la clinique le 26 juin 1915 pour une éruption des mains et un état de grande faiblesse.

Père mort à 58 ans de pneumonie ; mère vivante (58 ans). Une sœur vivante, un frère mort de tuberculose pulmonaire.

A l'âge de 8 ans, la malade fut atteinte de chorée de Sydenham. Mariée il y a 10 ans, elle a eu 5 grossesses. Deux enfants morts à 8 mois et à 21 mois de bronchopneumonie. Trois sont vivants et bien portants. Pas de fausse couche. Pas de syphilis. Ethylisme avoué : 4 litres de vin par jour, 3 absinthes par semaine.

Les premiers symptômes de l'affection actuelle remontent à 8 mois environ, époque à laquelle se sont installés des troubles nerveux, tels que sensation de lassitude, langueur, idées noires, tristesse avec une

(1) LOUIS SAMBON, *Presse médic.*, 18 décembre 1916.

asthénie prononcée. Perte complète de l'appétit ; amaigrissement notable. Pas d'autres troubles digestifs à signaler à ce moment.

La première lésion cutanée remonte à un mois et demi environ, au début de mai 1915. La malade vit alors survenir sur la face dorsale des deux mains au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes une tache rouge sombre, violacée, affectant la forme d'une bande de un centimètre de large et s'étendant du bord cubital au bord radial de la main. A ce niveau l'épiderme était plissé et fissuré. Pas de prurit, ni de sensation douloureuse quelconque ; puis les lésions s'étendirent du côté du dos de la main et de la face dorsale des avant-bras.

Il y a cinq jours apparut au niveau de la région cervicale postérieure une lésion semblable en forme de collier allant d'un sternomastoldien à l'autre.

Les renseignements sur l'alimentation sont les suivants. Depuis plusieurs mois (on ne peut faire préciser exactement) alimentation très défectueuse, très diminuée en quantité ; suppression complète de la viande ; usage à peu près exclusif de semoule de blé ; pas de maïs. Les enfants sont également nourris de soupes de semoule.

Les conditions de vie sont des plus misérables.

Etat actuel. — La malade se présente dans un état de dépression et de faiblesse considérables, donnant de suite une impression d'assez haute gravité de la maladie qui l'amène à l'hôpital.

Signes nerveux. — Sont très accusés. La malade est incapable d'attention, comprenant mal les questions. Elle répond avec peine, l'interrogatoire est des plus difficiles. L'expression de la physionomie est triste et indifférente ; elle pleure avec une extrême facilité et sa maladie l'effraye. Tremblement des doigts et de la langue.

Signes digestifs. — Inappétence à peu près absolue ; quelques vomissements alimentaires ; diarrhée constante depuis quinze jours environ. Langue rouge, lisse, comme décapillée ; pas d'autres signes d'exanthème buccal.

Signes cutanés. — Les lésions cutanées des membres supérieurs occupent actuellement la partie dorsale des avant-bras et des mains, s'étendant de la partie moyenne de l'avant-bras en haut aux articulations des premières avec les deuxième phalanges en bas. La face de flexion de l'avant-bras est envahie, la lésion formant bracelet en ce point, tandis que la région palmaire de la main est complètement indemne.

Les lésions consistent en un placard de coloration rouge foncé, un peu brunâtre ; sur toute leur étendue, l'épiderme est plissé, fissuré. Elles sont le siège d'une desquamation en lambeaux foliacés, spécialement à droite ; en d'autres points, surtout sur les bords des placards, elle est plutôt furfuracée. Infiltration légère, et un peu d'œdème sous-jacent ; la rougeur disparaît à la pression. Il n'existe aucun phénomène douloureux.

Au cou, les lésions, avec la topographie que nous avons décrite, présentent les mêmes caractères : coloration rouge brunâtre avec un

certain degré de desquamation. Il n'existe pas d'autres lésions, ni sur le dos du pied, ni sur la poitrine, ni dans la région vulvaire. Poids de la malade à l'entrée : 59 kilos.

Pas d'autres symptômes à signaler au niveau des différents appareils ; rien d'anormal dans les urines et les matières fécales.

15 juillet 1915. — La malade qui n'a eu comme traitement que la reprise d'une alimentation normale progressive et surveillée, présente une amélioration considérable. Elle pèse 63 kilos. L'appétit est revenu ; les lésions cutanées ont en grande partie disparu, ne persistant que sur la face dorsale des poignets. L'état mental est meilleur ; la malade conserve un peu de mélancolie, mais ne pleure plus sans motif comme au début.

31 juillet 1915. — La malade va bien. Elle pèse 66 kilos, ayant pris 7 kilos en un mois. Elle mange avec appétit, digère bien, n'a plus de diarrhée. Les lésions cutanées sont complètement guéries ; il ne reste qu'un léger état squameux de la peau. Etat physique très amélioré. La malade quitte le service à ce moment.

OBSERVATION II (inédite)

Syndrome pellagreu.x. Eruption pellagreuse des mains, des avant-bras et du cou. Asthénie et signes nerveux. Peu de signes digestifs. Guérison.

Vve V..., concierge, 61 ans. Entre dans le service le 26 septembre 1919 pour une éruption de la face et des mains datant de 3 mois environ.

Parents morts âgés. Mari mort à 55 ans d'un cancer généralisé au foie (?) Un fils vivant de 32 ans ; un enfant mort depuis 2 mois ; un prématuré mort rapidement ; 2 ou 3 fausses couches. Il est impossible de faire préciser à la malade les rapports chronologiques de ces grossesses et de leurs résultats, et d'obtenir d'autres renseignements sur une spécificité possible. Ethylisme modéré : 1 litre de vin par jour et quelques petits verres. D'après la sœur du service, la malade était légèrement prise de boisson le jour de son entrée à l'hôpital. Depuis 2 ou 3 ans, la malade est dans une situation financière des plus précaires, qui retentit fâcheusement sur son alimentation. Elle a supprimé la viande depuis longtemps (pas de précision à ce sujet) parce qu'elle éprouve de la gêne à la déglutition ; elle se nourrit surtout de légumes et de fruits. Mais il lui arrive souvent de ne pas manger à sa faim, faute d'argent. Elle affirme cependant ne pas avoir mangé d'aliments avariés, ni avoir utilisé les restes de ses locataires. N'use pas de maïs.

Depuis un an amaigrissement marqué ; depuis 3 mois perte des forces, sans troubles digestifs nets, mais grosse difficulté à la déglutition à cause d'une sensation de brûlure dans la gorge obligeant la malade à boire à chaque instant. Pas de vomissements, pas de diarrhée. Au mois d'août, courbature généralisée comme si la malade avait été rouée de coups. On lui donna le conseil de prendre des bains

sulfureux; c'est à ce moment, après le sixième bain, qu'est apparue l'éruption actuelle.

A signaler depuis un mois des douleurs plus vives à la déglutition. La malade se contente pour sa nourriture d'un œuf et d'un litre de lait avec un peu de pain par jour.

A l'entrée, la malade est dans un certain état d'excitation. Elle présente surtout de l'instabilité mentale avec confusion, mêlant facilement les questions qu'on lui pose. Diminution notable de la mémoire. Elle raconte cependant que depuis deux ans, elle a eu de gros ennuis familiaux qui l'ont rendue triste et maussade.

La faiblesse est extrême, bien que l'amaigrissement ne soit pas considérable.

Signes cutanés. — La malade présente une éruption rouge foncé et squameuse, localisée sur le dos des mains et le tiers inférieur de l'avant-bras, face dorsale; ni aux mains, ni aux avant-bras, la lésion ne passe à la face palmaire, en forme de bracelet, mais on constate quelques plaques au niveau des coudes. La face dorsale des doigts est à peu près indemne.

Sur la nuque existent deux plaques de la grandeur d'une paume de main et d'une pièce de 5 fr. séparées l'une de l'autre; il n'y a donc pas de collier complet.

Enfin on note sur le front quelques taches éruptives plus petites.

Ces lésions sont constituées par une éruption rouge foncée, un peu brunâtre aux mains, présentant une desquamation plus ou moins marquée, avec parfois quelques croûtelles peu abondantes. Il y a peu d'infiltration. La malade éprouve à leur niveau un léger prurit.

Rien aux pieds.

L'examen des organes génitaux ne montre pas de vulvite véritable; simplement un peu de rougeur qui s'étend sur la face interne des cuisses, vers le pli génito-crural.

Ni vomissements, ni diarrhée, mais anorexie assez accusée. Pas de lésion buccale visible, bien que la malade ait de la difficulté à déglutir et une sensation de brûlure constante dans le pharynx.

Les différents organes n'offrent rien de particulier à l'examen. Rien dans les urines.

La malade est simplement mise à une alimentation variée; assez vite les différents signes s'amendent et le 17 octobre, elle sort à peu près complètement guérie. N'a pas été revue depuis lors.

OBSERVATION III (Inédite).

Syndrome pellagreu. Erythème pellagreu localisé aux mains et aux avant-bras. Troubles nerveux, asthénie. Troubles digestifs. Pigmentation de la muqueuse buccale (Syndrome d'Addison léger possible). Guérison.

P... Marie, 60 ans. Entre à la clinique le 17 mai 1920 venant de Châlons-sur-Saône pour une éruption des mains et des avant-bras ayant débuté il y a environ 2 mois.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Personnellement, pneumonie à l'âge de 5 ans. Pas d'antécédents bacillaires. La syphilis semble également absente. Il faut noter seulement que la malade se laisse aller depuis longtemps à une nonchalance marquée et est arrivée à se donner un minimum de peine dans son ménage ainsi que pour la préparation de ses aliments. Elle n'a d'ailleurs pas d'appétit depuis plusieurs mois. Tout cela sans cause connue. Ethylisme possible.

L'alimentation est déficiente en quantité et jusqu'à un certain point en qualité. De plus elle est peu variée. La malade se nourrit d'œufs et surtout d'« aliments vite faits » suivant son expression propre. Elle n'a jamais usé de maïs.

Les conditions de son existence sont misérables. A l'entrée, elle présente trois ordres de symptômes, cutanés, digestifs et nerveux.

Signes cutanés. — Eruption rouge bistre, foncée, disposée en plaques recouvertes de grandes squames, localisée exclusivement à la face dorsale des avant-bras et des mains ; elle s'étend peu sur les premières phalanges. Il y aurait eu, quelques jours avant l'entrée, des phlyctènes aujourd'hui disparues. Actuellement la dermatose est sèche et présente seulement quelques fissures. Sur le visage, érythème bistre léger.

Il existe des lésions buccales, mais il s'agit de gingivite banale ; les dents sont déchaussées ; un peu de pus sourd à la pression des gencives. Dans l'intérieur de la cavité buccale, il n'y a pas d'inflammation spéciale. La langue présente seulement un léger degré de dépapillation sans rougeur marquée. On constate de plus sur la face interne des deux joues et des lèvres des taches pigmentaires assez foncées. Mais en dehors de celles-ci et de l'asthénie, on ne peut déceler d'autres signes d'un syndrome addisonien possible.

Rien au niveau du cou, des pieds et de la région vulvaire.

Signes gastro-intestinaux. — Troubles digestifs assez sérieux. D'abord de la dysphagie, et depuis quelque temps des vomissements ; le jour de son entrée dans le service, la malade a vomi 2 fois en 24 heures. Ces vomissements sont faciles, sans nausées et surviennent peu après l'absorption d'aliments. L'anorexie est extrême. Il n'y a pas eu de diarrhée à aucun moment.

Signes nerveux. — Asthénie physique et psychique considérable. La malade est très triste ; elle présente souvent des vertiges, surtout quand elle se lève du lit. L'audition et la vision sont normales ; pas de signes pupillaires sinon un léger degré de parésie à la convergence. Pas de diplopie ni d'ophtalmoplégie. Cercle périkératique.

Le jour de son entrée à l'hôpital, la malade a divagué, semblant perdue, se croyant au mois de février, par exemple.

Un peu d'amaigrissement.

Rien d'autre à signaler au niveau des différents appareils. Urines normales.

On met la patiente au repos avec une alimentation mixte surveillée. Au bout de quelques jours, son état s'améliore. Elle retrouve ses

forces, les symptômes nerveux et psychiques s'amendent, les éruptions pâlisent, les vomissements cessent complètement et l'appétit revient peu à peu.

Au bout de six semaines, les premiers jours de juillet 1920, la malade sort de l'hôpital semblant complètement guérie. N'a pas été revue.

OBSERVATION IV (Inédite)

Syndrome pellagreu.x. Erythème des mains, des avant-bras et du cou. Anorexie. Asthénie. Troubles visuels. Troubles mentaux. Guérison.

D... Eugénie, 37 ans.

Antécédents héréditaires sans intérêt. Elle-même n'a jamais eu de maladies, mais déclare avoir toujours été très nerveuse. Il y a 2 ans elle perdit sa mère qu'elle aimait beaucoup; peu de temps après son unique frère fut tué à la guerre. Puis éclatèrent avec son mari des discussions pénibles qui la déterminèrent à se séparer de lui. Tous ces chagrins ébranlèrent sa santé morale et la malade se laissa aller à boire et à négliger son alimentation. Exerçant la profession de chiffonnière, toujours au dehors, elle n'accordait aucun soin à la préparation de sa nourriture et vivait de peu. Une chose frappe dans la composition de ses repas : l'uniformité des aliments. C'est ainsi que le plus souvent elle ne prenait que 2 ou 3 œufs par jour; parfois un petit morceau de viande venait rompre la monotonie de ces maigres menus. Depuis un an elle n'a pas mangé de légumes. Jamais de riz ni de maïs. Dans les périodes de plus grande dépression — et elles duraient souvent longtemps — la malade en arrivait à se priver de toute nourriture, ne vivant plus que de vin sucré.

Il y a un mois environ apparut sur les mains, les avant-bras et le cou l'érythème qui l'amène à la clinique.

15 juillet 1920. — Aux membres supérieurs l'éruption recouvre la face dorsale des premières phalanges et de la main. Tout autour du poignet et de la partie inférieure de l'avant-bras, elle forme comme un large bracelet. Des deux côtés les lésions sont symétriques.

Au niveau du cou l'érythème forme un collier continu se prolongeant en pointe vers le manubrium et dans le haut du dos.

Cette lésion offre l'aspect caractéristique de la pellagre à la période de desquamation. Elle consiste en une rougeur sombre, à bords peu nettement arrêtés et dont la surface est fissurée, parsemée de petites suffusions sanguines et couverte en grande partie de lames foliacées grisâtres. Elle est le siège d'un léger prurit. La face palmaire des mains est intacte.

C'est la première fois que la malade présente une atteinte semblable.

La muqueuse buccale et linguale est seulement un peu rouge.

Pas de vulvite.

Pas de vomissements, ni de diarrhée. Appétit nul.

La malade est très affaiblie, très asthénique, peu amaigrie cependant.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. On ne trouve ni le signe de Romberg, ni celui d'Argyll-Robertson. Sensations de fourmillements très vifs dans les mollets augmentées par la chaleur du lit. Pas de modifications de la sensibilité objective.

L'état mental est troublé, obnubilé et instable. La malade cède facilement aux larmes. Elle raconte que ces derniers temps il lui arrivait de s'accouder à la fenêtre et de pleurer pendant des heures sans motif précis, l'esprit vide.

A noter enfin que son haleine dégage une odeur prononcée d'acétone.

2 août. — La malade remarque aujourd'hui que sa vue baisse et devient un peu trouble. On ne trouve pas de symptômes paralytiques des muscles moteurs de l'œil.

L'érythème s'améliore sensiblement ; la desquamation est terminée. La peau offre seulement un aspect brunâtre et se plisse plus finement que dans les régions normales.

Sous l'influence du repos et d'une alimentation substantielle et variée, que la malade refusait à son entrée et qu'elle accepte volontiers actuellement, les forces reviennent peu à peu, et la sombre tristesse des premiers jours fait place à plus d'entrain.

26 août. — La malade sort de l'hôpital bien guérie. Il ne reste plus trace de l'érythème pellagreux. L'appétit est bon. La vue a retrouvé son acuité et sa netteté. Les douleurs de jambes ont disparu. Les forces sont revenues et l'état mental, désormais plus stable, est moins enclin à la tristesse.

Le traitement a été simple. Localement des applications de pâte de zinc, et au point de vue général du repos et une bonne nourriture.

OBSERVATION V (inédite)

Syndrome pellagreux. Erythème de la face, du cou, des mains, des avant-bras et des pieds. Troubles digestifs intenses. Ebauche de névrite dans les membres inférieurs. Paralysie du nerf moteur oculaire externe droit. Troubles généraux ; amaigrissement considérable. Troubles psychiques. Guérison.

S... Julie, 34 ans, chenilleuse, est admise à l'hôpital le 26 juin 1920 pour des lésions siégeant sur les mains et les avant-bras, la face et le cou. Elles ont débuté il y a 3 semaines au niveau des paupières, puis se sont étendues sur tout le visage. Ensuite elles ont envahi le cou pour atteindre les mains et les avant-bras.

Actuellement, on constate sur le dos des mains un érythème foncé, symétriquement disposé, dont la surface est fissurée, avec çà et là des points hémorragiques, et recouverte dans son ensemble de petites squames sèches et grises. Cet érythème se prolonge sur la face dor-

sale de la première phalange, s'interrompt au niveau de la seconde, pour reprendre sur la troisième et s'étendre tout autour de la matrice de l'ongle. De plus il existe sur la deuxième et la troisième phalange de minimes punctuations kératosiques rappelant celles du *pityriasis rubra pilaris* de Devergie. La lésion se continue d'autre part sur le poignet et l'avant-bras qu'elle entoure complètement, formant un bracelet large de 6 à 7 cm. La périphérie de la région érythémateuse sur le bord des mains, sur la face palmaire du poignet et autour de l'avant-bras est constituée par une zone où l'épiderme corné est décollé, desséché et papyracé. La paume des mains est indemne.

Sur la partie antérieure du cou et sa face latérale gauche l'érythème se dispose à la manière d'un fer à cheval dont les branches sont inégales de largeur et différentes d'aspect. La branche antérieure a la forme d'une bande large de 2 cm., rouge uni ; elle est le siège d'une fine desquamation. Latéralement, la zone d'érythème a une largeur double ; sa teinte est bistre, sa surface est légèrement fissurée, plissée et squameuse. A la périphérie de ce demi-collier, comme au niveau de l'avant-bras, l'épiderme corné se soulève en une lame grisâtre et sèche.

Sur le côté droit du cou, séparée de l'autre lésion, une plaque d'érythème allongée dans le sens vertical occupe une étendue de 5 cm. de hauteur sur 3 cm. de largeur. Elle offre des caractères analogues à ceux du placard cervical gauche.

Enfin la peau du visage est, elle aussi, atteinte de lésions du même type. Une coloration rouge foncé, une fine desquamation sont répandues sur le front, les paupières, le nez, les joues et le menton et donnent à la patiente une expression tragique.

En même temps qu'apparaissaient ces différentes lésions cutanées, la malade fut atteinte de troubles digestifs très intenses. Ce furent d'abord des vomissements qui augmentèrent rapidement de fréquence, prenant un caractère incoercible, au point d'obliger la malade à rejeter tout ce qu'elle prenait. Puis la diarrhée se déclara, incessante.

Actuellement, ces troubles persistent.

Lésions de gingivite banale.

La muqueuse vulvaire est rouge sans ulcérations.

Quelques jours avant son entrée dans le service, la malade ressentit dans les membres inférieurs de vives douleurs qui disparurent peu après spontanément. A l'examen, réflexes rotuliens exagérés. La pression au niveau des mollets ne détermine pas de souffrance. Pas d'atrophie musculaire. Pas de troubles de la sensibilité objective. Rien à signaler au niveau des membres supérieurs.

La malade est profondément triste, en proie à des idées sombres, sujette à des crises de larmes. De caractère gai, son humeur s'est modifiée quand apparurent les lésions cutanées.

Enfin l'état général est très altéré. Les forces ont disparu et l'amaigrissement est extrême. Le poids est tombé de 53 kilos à 42 en quelques semaines. L'haleine dégage une vive odeur d'acétone.

Les antécédents héréditaires de la malade sont sans intérêt. Elle-même n'a jamais eu d'affection semblable. Elle gagnait, dit-elle, suffisamment sa vie pour assurer son existence matérielle. Elle n'avoue pas d'habitudes éthyliques. Son alimentation se composait surtout d'œufs et accessoirement de viande, de pommes de terre et de légumes verts. Pas de maïs.

1^{er} juillet. — Les douleurs ont reparu dans les membres inférieurs, très vives, accrues par la chaleur du lit. Sur les deux pieds s'est produite une poussée d'érythème pellagreux s'étendant sur les bords et s'élevant en pointe vers les malléoles. La face plantaire est indemne.

6 juillet. — On note aujourd'hui l'existence d'une paralysie du moteur oculaire externe de l'œil droit, survenue dans la nuit précédente.

21 juillet. — L'érythème des mains et du cou est très amélioré ; aux pieds, il commence à desquamer.

Les vomissements et la diarrhée ont cessé. L'appétit revient. La malade est plus forte, plus gaie aussi. Enfin le strabisme a presque entièrement rétrocedé.

Cependant les douleurs dans les membres inférieurs sont toujours très intenses.

2 août. — Celles-ci, malgré l'amélioration générale continuent et s'étendent jusque dans les pieds. Le strabisme a disparu.

17 août. — Les douleurs ont cessé. Il ne reste plus trace de l'éruption.

Plus de troubles digestifs. La malade a retrouvé sa gaieté. Elle quitte le service le 19 août.

Elle n'a reçu durant l'évolution de son éruption pellagreuse aucune thérapeutique spéciale. On s'est contenté de la mettre au repos et de lui donner une nourriture variée et aussi abondante que le permettait son état digestif.

..

L'étiologie de la pellagre a donné naissance à de nombreuses théories et de violentes polémiques se sont élevées à leur sujet. L'une des plus anciennes et des plus célèbres est celle du zéisme. Déjà Casal, qui observa le premier cette maladie en 1735, mentionne l'usage du maïs parmi ses causes probables. Plus tard, particulièrement sous l'influence des idées de Lombroso, la théorie maïsique prit une extension considérable et à l'heure actuelle elle compte encore des partisans fidèles. On accusa le maïs sain, puis le maïs avarié ou altéré par le développement d'un parasite fongicoïde appelé le *verderame*. S'inspirant de ces principes le gouvernement italien édicta des mesures prophylactiques parmi lesquelles figuraient l'interdiction de la consumma-

tion du maïs gâté et la distribution d'instruments de séchage. Malheureusement pour les malades — et pour la théorie — l'application rigoureuse de ces prescriptions n'empêcha pas la pellagre d'augmenter considérablement dans l'Ombrie et les Marches (Sambon). Les faits venaient donc eux-mêmes condamner une opinion, qui était à la base d'une législation inopérante.

Puis le zéïsme fut repris sous une autre forme et on l'associa à la théorie photo-dynamique. Frappés de la reviviscence printanière de la pellagre, trois auteurs, Roubitschek, Horbaczewski et Lobe prétendirent que le maïs contient une substance photo-sensibilisatrice capable d'expliquer les poussées vernales de la maladie. A défaut d'expériences, ils raisonnaient par analogie, comparant l'effet de la substance incriminée à celui de l'hémato-porphyrine qui, injectée à des souris blanches; provoque la mort rapide de ces animaux s'ils sont exposés à la lumière, alors qu'ils restent indemnes quand on les maintient dans l'obscurité. Ces auteurs rapprochaient aussi la pellagre du fagopyrisme que présenté le bétail blanc nourri au sarrazin. Mais la substance photo-sensibilisatrice incriminée n'a jamais été isolée et demeure purement hypothétique.

Un des meilleurs arguments sur lesquels s'appuyent les partisans du zéïsme est que l'apparition et le développement de la pellagre offrent un rapport étroit avec les progrès de la culture du maïs. Mais cet argument a été démenti de façon formelle par les recherches de L. Sambon, au point qu'il a pu écrire à la suite de ses voyages dans les régions où règne la pellagre : « La distribution géographique de la pellagre ne coïncide nullement ni avec la distribution de la culture du maïs ni avec celle de sa consommation... La pellagre ne se manifeste que sur une proportion tout à fait infinitésimale des populations qui se nourrissent de maïs, et d'autre part elle se manifeste chez les individus et les peuples qui n'en mangent pas. Il suffit de citer les Iles Britanniques » (1). La présence de la maladie dans les contrées où la consommation du maïs est inconnue constitue une preuve définitive contre la théorie zéïque telle que l'ont comprise les auteurs italiens. Parmi les 12 malades que nous avons étudiés soit avec Jambon soit actuellement aucun ne faisait usage de cette céréale. On peut faire la même constatation dans les 7 cas publiés par

(1) LOUIS SAMBON, *Loc. cit.*

Brault (1). Il ne semble donc pas que l'on doive accorder au maïs, comme on l'a soutenu en Italie, le monopole de l'étiologie de la pellagre. Ce n'est pas à dire que le rôle du maïs soit à rejeter entièrement. Une théorie qui a régné aussi longtemps possède de toute évidence une part de vérité. Mais il est certain que le maïs n'intervient pas dans la production de la pellagre comme une cause spécifique et qu'il n'exerce son action chez les sujets qui s'en nourrissent exclusivement qu'à titre d'aliment insuffisant, ou avarié et peut-être trop uniforme.

On a voulu voir dans la pellagre le résultat d'une infection microbienne. Mais les inoculations, pas plus que les cultures du sang ou des tissus, et les réactions humorales n'ont été favorables à cette conception.

L. Sambon en 1916 s'est fait le défenseur très convaincu de l'origine parasitaire de la pellagre. Un protozoaire introduit dans le sang serait la cause du mal, comme l'hématozoaire de Laveran est l'agent du paludisme, et ce parasite aurait pour vecteurs de petites mouches piquantes appartenant aux familles des Chironomidées et des Simuliidées. Il est évidemment impossible d'avoir une opinion sur cette hypothèse tant que le parasite n'aura pas été découvert, mais les arguments de Sambon sont impressionnants et la question vaut d'être creusée. On se rappelle que dès 1889 Laveran affirmait le rôle des moustiques dans la transmission du paludisme, hypothèse que Manson en 1897 et Rosse en 1908 sont parvenus à transformer en certitude.

La découverte des vitamines donna aux recherches sur l'étiologie de la pellagre une orientation nouvelle. Funk insistant sur l'analogie clinique et étiologique qui semble rapprocher le béri-béri et le scorbut de la pellagre (Poppe, Macaulay, etc.) incrimina la décortication du maïs dans l'étiologie de cette maladie. D'après lui la cuticule du maïs contient une vitamine spécialisée indispensable dont la suppression entraîne l'apparition de la pellagre. Et à l'appui, il cite l'observation de Nigthingale guérissant une poussée pellagreuse consécutive à l'usage du maïs décortiqué par l'emploi du maïs complet. Il affirme également que les cas de pellagre sont plus fréquents et plus graves en Amérique, où l'on utilise des procédés de décortication perfectionnés qu'en

(1) J. BRAULT. « La Pellagre en Algérie ». *Gaz. des Hôp.* Observations de 1907, p. 519.

Italie où ils sont demeurés primitifs. « Malheureusement, disent Mouriquand et P. Michel, cette vitamine anti-pellagreuse spéciale au maïs reste entièrement hypothétique aussi bien au point de vue chimique qu'au point de vue expérimental. Nos expériences sur le pigeon, celles d'Holst et Fröhlich sur le cobaye, ont établi que le maïs, quelques variations mises à part, se comporte absolument comme les autres céréales et que sa décortication en particulier le rend béribérigène à l'égal du riz » (1).

L'opinion de ces auteurs et les faits qu'ils apportent enlèvent au maïs toute spécificité pellagrigène. Mais la théorie de Funk contient une idée juste en ce sens que la décortication du maïs, en diminuant sa valeur nutritive, réalise ainsi pour ceux qui en font un usage exclusif un processus d'hypoalimentation. D'ailleurs les travaux modernes ont démontré l'insuffisance du maïs au point de vue alimentaire. Les albumines (Osborne et Mendel), les sels minéraux (Mac Callum et Simmonds) existent dans le maïs en faibles proportions. Quant aux substances minimales proprement dites, le facteur liposoluble se trouve dans le maïs en trop petite quantité ; seul l'hydrosoluble y abonde. Mais ces deux facteurs d'entretien et de croissance « se rencontrent à peu près exclusivement dans cette zone péricarpale éliminée, on le sait, lors de la décortication. Cette dernière constitue donc un facteur aggravant considérable, d'autant plus que cette même région est aussi la plus riche en sels » (2). De ces notions nous pouvons dégager deux conclusions. La première est que le maïs peut certainement avoir un rôle dans la production de la pellagre mais seulement chez les individus pour qui il constitue un aliment unique. Il exerce en ce cas son influence non pas en tant que maïs, comme nous l'avons déjà vu, mais comme élément d'alimentation insuffisant. En second lieu nous constatons dès maintenant que les découvertes les plus modernes, celle des vitamines et des substances minimales indispensables sont en parfait accord avec les idées que nous avons émises dès 1908 sur l'importance de l'hypoalimentation dans l'étiologie de la pellagre.

D'ailleurs Weill, Mouriquand et P. Michel (3) ont confirmé et

(1) MOURIQUAND et MICHEL. « La pellagre, maladie par carence ». *Journal Médical français*, avril 1920.

(2) MOURIQUAND et MICHEL, *Loc. cit.*

(3) On trouvera dans le *Journal Médical français* d'avril 1920 une importante bibliographie sur les travaux de ces auteurs concernant la carence.

précisé cette notion étiologique de l'insuffisance des substances ingérées, de leur « carence » suivant une expression que les travaux de ces auteurs ont vulgarisée. La carence, élément de pellagre, a dans leur esprit, un sens très vaste, beaucoup plus large que celui de l'avitaminose de Funk ; il s'agit d'une « carence multiple » portant aussi bien sur les albumines et les sels que sur les facteurs hydro ou liposolubles, sur l'état physique des aliments que sur leur état chimique. Et nous retrouvons encore ici la notion d'hypoalimentation jadis soutenue par nous.

Récemment, en Roumanie, des observateurs ont voulu incriminer une mauvaise assimilation des protéines qui serait due à une déficience dans la digestion pancréatique.

D'autres considèrent que la pellagre est produite par des lésions mécaniques de l'intestin permettant la diffusion d'une toxine génératrice du syndrome. Les lésions seraient provoquées par la présence d'helminthes dans l'intestin ou par le passage à travers celui-ci d'aliments traumatisants et non digestibles. Bien que de nombreux auteurs insistent sur ces lésions intestinales qui ouvriraient la porte à la toxine pellagreuse envahissant depuis là l'organisme, on ignore tout de cette toxine hypothétique dont la nature et l'origine demeurent inconnues. Mais il faut retenir de ces constatations qu'un tel état intestinal rend l'assimilation défectueuse, que des sujets ainsi alimentés se nourrissent peu et mal, et que la pellagre peut trouver dans cette forme d'hypoalimentation une cause d'apparition.

Enfin A. Lumière, expérimentant sur des pigeons a remarqué qu'en les alimentant exclusivement avec du riz poli, on déterminait très rapidement chez eux l'anorexie, et consécutivement des accidents polynévritiques, cérébelleux et diarrhéiques. De tels accidents ne sont point dus à l'avitaminose, mais à l'inanition car, si l'on « force par gavage des pigeons à absorber un poids de riz poli suffisant, 40 grammes par jour environ, la diarrhée verte ne se manifeste plus, ces animaux conservent leur poids et, après plusieurs semaines, ne présentent aucun des symptômes de la carence » (1). D'autre part « si des pigeons reçoivent des graines variées non décortiquées, mais en quantité restreinte, en incorporant à cette alimentation des substances dites vitamines

(1) AUGUSTE LUMIÈRE. « Sur les accidents polynévritiques et cérébelleux chez le pigeon soumis au régime du riz décortiqué ». Académie de Médecine, 20 janvier 1920. *L'Avenir Médical*, juin 1920.

en proportion relativement considérable... on peut constater que l'inanition, avec excès de vitamines, conduit aux mêmes manifestations que celles qui résultent de l'emploi du riz décortiqué » (1).

Telles sont les théories étiologiques de la pellagre que ces dernières années ont vu naître. Notre but n'est pas dans cet article d'en faire une critique minutieuse mais de montrer que, malgré les différences de mécanisme qu'elles invoquent, elles apportent une confirmation — en ce qui concerne les théories alimentaires du moins — à l'opinion que nous avons soutenue autrefois. Et en effet, à bien considérer l'essence même de ces différentes théories, ne voit-on pas qu'elles traduisent toutes une même idée. Qu'il s'agisse d'avitaminose, de carence entendue dans un sens très large, de troubles de l'assimilation relevant de lésions traumatiques de l'intestin, d'inanition, chacune d'entre elles reconnaît toujours comme cause prédominante de la pellagre, une insuffisance alimentaire qualitative ou quantitative, élective ou générale. Or en 1908 nous avons publié dans les *Annales de Dermatologie* un travail où nous avons déjà énoncé formellement cette idée : « L'insuffisance de l'alimentation, écrivions-nous, se retrouve invariablement chez tous les pellagres, aliénés ou non, mangeurs de maïs ou non... Nous tenons essentiellement à fixer de suite l'attention sur un facteur étiologique aussi indiscutable et aussi constant » (2). Cette opinion, nous l'avons vu, a été pleinement confirmée par les découvertes modernes qui lui ont apporté des éléments nouveaux de précision ; ce que nous appelions alors insuffisance alimentaire porte aujourd'hui le nom d'avitaminose et de carence.

La théorie zéïque, telle que l'on doit la comprendre actuellement, vient elle aussi, en confirmation de notre conception ancienne puisqu'elle met en lumière le rôle du maïs, aliment trop pauvre pour subvenir à lui seul à l'entretien de l'individu. Et les faits que nous relatons ici renforcent à leur tour notre manière de voir. Les malades des observations I, II, III et IV avaient un pitoyable régime alimentaire, se privant de viande, ne mangeant pas à leur faim, se nourrissant exclusivement de semoule de blé (obs. I) ou d'œufs (obs. IV et V). Si nous cherchons dans les autres faits publiés, les exemples abondent.

(1) AUGUSTE LUMIÈRE. *Loc. cit.*

(2) NICOLAS et JAMBON. « Contribution à l'étude de la pellagre et du syndrome pellagres ». *Ann. Derm. et Syph.*, 1908, p. 480.

Goldberger, aux Etats-Unis, enquêtant sur les cas de pellagre survenu dans deux orphelinats, vit que les pensionnaires et les fous étaient seuls atteints, à l'exclusion des gardiens et des nurses. Or, le régime était le même pour les uns et les autres. Une surveillance minutieuse montra que le personnel se servait en premier, ne laissant aux assistés que le fond des plats, composé de maïs. Par adjonction de lait, de viande et d'œufs, la quantité et la variété des bases nutritives s'accrut, et l'effet s'en manifesta, car sur 209 cas précédemment constatés, une seule récidive eut lieu l'année suivante.

La qualité des aliments ingérés est souvent défectueuse chez les pellagreux ; c'est un fait d'observation courante. Les malades usent d'une nourriture vulgaire, parfois avariée, et nous avons invoqué en 1908 le rôle possible de l'altération des aliments par les diverses variétés d'*aspergillus*. Gédéon Wells et G. Perkins ont établi qu'en Roumanie les pellagreux se nourrissent fréquemment d'une bouillie épaisse de farine de maïs grossière préparée par l'habitant appelée « mamaliga » (1). Une de nos malades (obs. III) usait habituellement « d'aliments vite faits » et il est à présumer que les autres — sauf cependant celle de l'obs. V — ne devaient pas trouver dans leur misérable condition de vie les moyens de se procurer une alimentation soignée et de premier choix.

Nous retrouvons dans les antécédents de deux de nos malades la série de chagrins, de peines et de malchance précédant l'apparition des phénomènes cutanés, parfois de deux ans (obs. II et IV), sur laquelle nous avons déjà attiré l'attention autrefois et qui diminue peu à peu le tonus nerveux des patients. Ailleurs (obs. III) la malade se laisse aller depuis longtemps à une nonchalance progressive, se désintéressant de plus en plus des soins de son ménage. Il semble bien que ces symptômes de dépression mélancolique se manifestant bien avant qu'apparaissent les signes révélateurs de la pellagre, interviennent dans sa production sinon, directement, du moins en jouant « un rôle prédisposant dont l'importance n'est pas à dédaigner et qui est comparable à celui de l'aliénation mentale pour la pellagre des aliénés » (2).

(1) GÉDÉON WELLS et G. PERKINS. Observations sur la situation sanitaire en Roumanie. Commissions américaines 1916 et 1917. *Rev. Internat. d'Hygiène publique*, 1920.

(2) NICOLAS et JAMBON. *Loc. cit.*, p. 489.

Enfin l'éthylisme signalé autrefois par plusieurs auteurs et dont l'école Française surtout a mis en évidence l'importance étiologique avec Hardy, Hillairet, Gaucher, Perrin, Brault et nous-même se retrouve à des degrés différents dans trois de nos observations (I, II, IV).

En définitive un examen attentif de nos cinq malades nous permet d'écrire comme en 1908 que nous « sommes arrivés à cette conclusion que le syndrome pellagreu se développe chez des miséreux souvent éthyliques ayant une mauvaise hygiène, de la dépression psychique et surtout une alimentation insuffisante » (1). Cette dernière notion a reçu des récentes découvertes une confirmation absolue.

Mais il nous a paru qu'un autre facteur étiologique pouvait être incriminé. Nous avons été frappés dès 1915 en interrogeant une de nos malades (obs. I) de constater qu'elle se nourrissait à peu près exclusivement de semoule de blé depuis plusieurs mois. Les autres malades (notamment celles des obs. III, IV et V) avaient elles aussi un régime peu varié ou prédominaient les œufs. L'une d'elles (obs. IV) en était même arrivée à se contenter de cette seule nourriture. Aussi nous demandons-nous si aux causes déjà signalées de la pellagre, il ne convient pas d'ajouter l'uniformité de l'alimentation, l'usage répété et prolongé de la même substance nutritive. Mac Callum et Simonds (2) ont attiré l'attention sur ce facteur possible de pellagre comme l'a mentionné Lina M. Pottier (3) dans un article récent. D'ailleurs cette uniformité de l'alimentation est réalisée de façon schématique, si l'on peut dire, dans les contrées où la population se nourrit à peu près exclusivement de maïs. Et c'est peut-être une raison de plus pour que cette céréale dont la valeur nutritive est insuffisante, exerce à ce double titre une influence génératrice de pellagre.

Il est à remarquer enfin que tous nos cas de pellagre concernaient des femmes. Parmi les 7 observations publiées par Brault, 2 seulement relatent des cas masculins. Or la femme pauvre, placée dans les conditions sociales de misère où éclot la pellagre, se contente d'une nourriture ordinairement peu variée. Un ali-

(1) NICOLAS et JAMBON. *Loc. cit.*, p. 489 et 490.

(2) Mac Callum E. V., and Simmonds, N. : *Biochemical Journ.* 1918, XXXIII, 35.

(3) LINA M. POTTIER. *Revue internationale d'Hygiène publique*, janv.-fév. 1901, p. 83.

ment tout fait, ou des œufs, du laitage, parfois une portion de viande vite préparée, constituent souvent tout son maigre repas. L'homme au contraire, même besogneux, se nourrit mieux et avec plus de variété. Vivant rarement seul, il a auprès de lui une compagne qui s'efforce à satisfaire son instinct de gourmandise. Et s'il en est privé il trouve encore chez les plus humbles traiteurs le moyen de s'alimenter autrement que par un même aliment indéfiniment répété. Peut-être faut-il voir dans l'atteinte plus fréquente de la pellagre chez la femme un argument en faveur du rôle étiologique de l'uniformité de l'alimentation.

Il semble en tous cas que cette notion mérite d'être étudiée sérieusement et qu'elle vaille d'être l'objet de nouvelles recherches. Car le dernier mot n'a pas été dit sur cette étrange maladie qu'est la pellagre, toute pleine de mystère, et qui, s'il est vrai que le passé est un gage de l'avenir, donnera lieu encore à bien des discussions.

NEURO-FIBROMATOSE — ACROMÉGALIE

Par le Médecin-Major de 1^{re} classe ESCHER

Chef d'un centre de Dermato-vénérologie de l'Armée.

P..., âge : 20 ans, taille : 1 m. 66, poids 70 kilos. Profession : cultivateur.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Il est impossible à notre malade de préciser, même approximativement, le début de son affection, il se souvient seulement avoir eu depuis



longtemps des « grosseurs » sur le thorax ; il ne semble pas avoir connaissance qu'elles aient apparu par poussées successives. Toute-

fois, l'intelligence du malade étant peu développée, ses facultés d'auto-observation paraissent aussi de ce fait singulièrement limitées, étant donné surtout que ces « grosseurs » ne furent jamais ni douloureuses, ni gênantes.

ASPECT GÉNÉRAL

P..., est un sujet vigoureux, taillé à coup de hache, musclé avec légère tendance à l'obésité. Il présente des déviations de la colonne vertébrale, cyphose dorsale supérieure, scoliose dorso-lombaire. Ce qui frappe également c'est sa physionomie épaisse à gros traits et ses extrémités, mains et pieds anormalement développés, avec légère tendance à l'acrocyanose surtout marquée aux mains.

EXAMEN DES TÉGUMENTS.

On remarque un semis particulièrement abondant sur le thorax et la racine des membres, de petites tumeurs de grosseurs différentes non pédiculisées, de volume variant de celui d'un pois à une noix et de coloration variée; les unes bossellent plus fortement la peau et s'inscrivent en teinte plus pâle à leur niveau; d'autres sont d'un rose fané, certaines enfin offrent une teinte variant du lilas franc à une coloration vineuse ou ardoisée. Ces tumeurs sont au nombre de plus d'une centaine; nombreuses surtout à la face antérieure du tronc, plus clairsemées en arrière sur le dos, les membres, bras, avant-bras, cuisses, jambes.

On relève sur le côté droit du cou, une tache hyperpigmentée de la grandeur d'un œuf de poule, deux autres sur l'abdomen (région de l'hypochondre gauche) mais de teinte plus discrète; l'une mesure environ 4 centimètres sur 2 et l'autre est grande comme une pièce de deux francs. Tache bien pigmentée à la base du triangle de Scarpa droit. Enfin, d'autres taches semblables existent également sur la région deltoïdienne gauche, sur la fesse droite au nombre de 4 à 5 et dont une à la partie inférieure a les dimensions de 6 centimètres sur 4. Tache érythémateuse télangiectasique de la grandeur de la main à la partie interne, tiers supérieur, de la cuisse droite.

Dans la région dorsale et particulièrement sur le flanc droit, on relève quelques taches blanches d'aspect cicatriciel, variant de la grosseur d'un pois à un haricot et prenant lorsque le malade se cambre l'aspect de vergetures. — P..., prétend cependant ne jamais avoir eu rien d'anormal dans cette région, ni blessure, ni « boutons ».

A la palpation, on sent très bien que certaines de ces tumeurs sont comme enchâssées dans le derme, alors que les plus grosses sont sous-cutanées. Il est à remarquer que celles qui sont de teinte ardoisée ou lilas sont de consistance plus molle et paraissent, lorsque la pulpe de l'index appuie dessus, s'enfoncer, la peau donne à ce niveau alors l'impression de présenter comme un trou fait à l'emporte-pièce. Cette sensation d'anéodermie est particulièrement nette au niveau des taches blanches et comme cicatricielles du flanc gauche.

Les tumeurs sous-cutanées, plus volumineuses, sont de consistance plus ferme, élastique et les doigts qui les explorent, en saisissent tous les contours. On peut ainsi les isoler et les énucléer du tissu cellulaire sous-cutané.

A la partie moyenne du bras droit le long du nerf médian, on sent un chapelet de trois petites tumeurs, dures, grosses comme un pois, bien nettes et qui paraissent adhérer au nerf.

La palpation de toutes ces tumeurs n'est pas douloureuse.

Nombril saillant, mais sans hernie.

Absence de poils aux aisselles — système pileux à peu près normal au pubis. Chevelure normale.

EXAMEN DES MUQUEUSES

Bouche : très léger réseau de leucoplasie au niveau de la joue gauche. — Région génitale : une tache pigmentaire sur le gland de la grosseur d'un grain de millet.

EXAMEN DU SYSTÈME NERVEUX

Motilité normale, mais mouvements peut-être un peu lents sans être aucunement maladroits.

Sensibilité normale, pas de trouble de la sensibilité au chaud et au froid.

Réflexes cutanés normaux, sauf le réflexe plantaire qui se fait en Babinski positif.

Réflexes tendineux normaux, sauf le réflexe rotulien qui est un peu exagéré des deux côtés.

Réflexe périostes et osseux : normaux.

Réflexe pharyngé : nettement diminué.

Réflexe conjonctival : nettement diminué.

Réflexes oculo-pupillaires : normaux, pas d'Argyll.

Les nerfs ne sont pas douloureux, médian droit compris. La force musculaire est conservée et même développée au-dessus de la normale.

Aucuns troubles sudoraux ou sécrétoires notables.

Intellectuellement P..., n'est pas comme je l'ai dit un sujet intelligent, mais il s'exprime correctement, sans bredouiller, ni chercher ses mots. Il a été à l'école jusqu'à l'âge de 14 ans, mais sait à peine lire et écrire et met cela sur le compte de sa vue qui est faible.

Il présente en effet, un strabisme convergent accentué de l'œil droit, lequel a une vision inférieure à 1/10. Amblyopie.

SYSTÈME RESPIRATOIRE, SYSTÈME DIGESTIF, SYSTÈME CIRCULATOIRE, ETC..., ETC...

Rien à noter aux appareils respiratoire, digestif et circulatoire. Pression au Pachon normale.

SYSTÈME GÉNITAL

Système génital ; peu développé, cryptorchidie droite.

EXAMEN DES GLANDES ENDOCRINES

Je n'insiste pas sur les signes d'acromégalie qui sont très nets tant au visage qu'aux extrémités.

Rien à noter du côté du corps thyroïde.

Rien à noter en dehors des pigmentations déjà relevées du côté des glandes surrénales. Le signe de la raie de Sargent manque.

EXAMEN DU SANG

Examen du sang : formule leucocytaire sans rien de remarquable.

R. Wassermann du 15 novembre 1920. . . . négative

R. Hecht du 12 novembre 1920 négative

Réactivation : Hecht-Wassermann négatives

EXAMEN DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

18/11/20. Goutte à goutte un peu précipité d'un liquide eau de roche. Recherches : albumine et réaction de Noguchi, (globulines), très léger trouble.

Réaction de Wassermann négative.

Formule lymphocytaire normale.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

P..., prétend avoir eu une enfance malade : fièvres éruptives, fièvre typhoïde. Je ramassais, dit-il, toutes les maladies qui passaient. Malheureusement, il est impossible de lui faire préciser si les « gros-seurs » survinrent après une de ces maladies.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES

Père et mère vivants. Le père serait atteint de paralysie, suite de congestion cérébrale (52 ans). Trois frères dont un mort à la guerre, les deux autres bien portants, mais un serait atteint de gigantisme. Un autre frère serait mort à 8 ans de cause inconnue.

STIGMATES D'HÉRÉDO-SYPHILIS RELEVÉS

Syndactylie des 2^e et 3^e orteils aux deux pieds. Asymétrie faciale, déviations de la colonne vertébrale. Amblyopie, strabisme, voute nettement ogivale, dents mal plantées, mais sans signe d'Hutchinson

ni déformations bien marquées, pas de tubercule de Carabelli. Monorchydie.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DES TUMEURS

Néo-fibrome caractéristique.

DIAGNOSTIC ET PATHOGÉNIE

Somme toute diagnostic net et aisé.

1° Neuro-fibromatose caractérisée par ses symptômes cardinaux. Tumeurs cutanées et sous-cutanées disséminées sur tout le corps, tumeurs des nerfs. Pigmentations. Troubles mentaux caractérisés par un abaissement de l'intelligence.

2° Neuro-fibromatose associée à de l'acromégalie.

C'est un ensemble que l'hypothèse de FEINDEL paraît expliquer de façon assez satisfaisante dans notre cas. Maladie de l'ectoderme ayant pour cause une malformation très précoce de quelques-uns de ces éléments. Lorsque l'être a acquis ses caractères définitifs : axe cérébro-spinal, ganglions et épidermes contiennent des éléments malformés. La malformation primitive des cellules ectodermiques peut bien n'être qu'une sorte de fragilité particulière, faisant que les éléments qui dériveront d'elle seront en équilibre instable entre la forme normale et l'état maladif. A l'occasion, tous les éléments fragiles, ceux de l'épiderme comme ceux du système nerveux ou une partie seulement d'entre eux pourront verser du côté pathologique.

La cause de cette malformation fœtale, dans notre cas, pourrait peut-être, être imputée à l'hérédosyphilis dont notre sujet porte de nombreux stigmates et ce malgré les réactions sérologiques négatives.

A l'occasion des maladies de l'enfance, si tant qu'il est besoin d'invoquer encore l'influence de ces dernières, les malformations se sont alors révélées sous forme de neuro-fibromatose, d'acromégalie etc... etc...

C'est du reste seulement cette origine possible dans notre cas, qui fait l'intérêt de cette observation et qui m'a incité à le publier. Seules des recherches orientées vers cet ordre d'idée, permettront peut-être de retrouver assez souvent la syphilis comme première cause d'une neuro-fibromatose, sans que je veuille dire pour cela que tous les cas de maladie de Recklinghausen relèvent d'une hérédosyphilis.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX SUBAIGU AVEC ALOPÉCIE TOTALE

Par L. CHATELLIER, chef de clinique

(Travail de la Clinique de Dermatologie de Toulouse. — Prof. Ch. Audry)

X. ., 29 ans, employée aux chemins de fer, entrée à la Clinique le 29 août 1921.

Père, âgé de 56 ans, en bonne santé; mère morte en 1915 à l'âge de 50 ans d'une « tumeur de la cuisse » (?).

La malade a deux sœurs, âgées de 24 ans et de 20 ans, toutes deux en excellente santé ainsi qu'un frère de 15 ans. Aucun antécédent dans la famille. La malade elle-même ne présenta rien de particulier jusqu'à l'âge de 21 ans. A cette époque, elle se sent prise de fatigue tenace, de faiblesse, accompagnée de poussées adénopathiques, dont on constate encore les reliquats. Cet état dure jusqu'au début de la maladie actuelle, il y a 2 ans.

Au début de 1919, sans que la malade puisse préciser exactement la date, elle voit apparaître dans le cuir chevelu deux « plaques » qui, dit-elle, sont rouges, squameuses, légèrement prurigineuses; les cheveux à leur niveau sont tombés très vite. Les lésions ont persisté telles quelles pendant 18 mois environ. Brusquement, en l'espace de 15 jours, le cuir chevelu est devenu rouge, les cheveux sont tombés en masse réalisant l'alopecie actuelle que nous décrirons plus tard. Cette chute de cheveux s'est effectuée sans troubles subjectifs bien marqués, sauf un léger prurit, d'ailleurs inconstant. L'état général était resté satisfaisant, la malade vaquait à ses occupations quotidiennes sans trouble ni fatigue. Vers le début de mai, elle se sent lasse, courbaturée, travaille avec peine, en même temps qu'elle constate une diminution marquée de l'appétit; en somme, mauvais état général pendant plus d'un mois. Sur la face, sur la joue droite, apparaît une plaque rouge, lisse, non prurigineuse, indolore, qui est prise pour un érythème solaire. La malade cesse le travail pendant 20 jours, espérant la prompte disparition de ce « coup de soleil ». Le 16 juillet, elle reprend son travail. A ce moment toute la face, le cou sont atteints. L'éruption est accompagnée d'un léger prurit, mais il y a gonflement intense des téguments de la face, surtout au niveau des paupières inférieures qui sont œdémateuses. L'état général s'altère rapidement: les forces diminuent, l'amaigrissement devient vite très notable. En même temps, inappétence complète, qu'aggravent des vomissements

incoercibles dès que la malade veut s'alimenter. Elle cesse tout travail. L'éruption gagne le thorax ; la face palmaire est atteinte, des éléments éruptifs apparaissent sur les bras, les avant-bras, à la face dorsale des mains. Le 26 août la malade est hospitalisée.

On est immédiatement frappé par la rougeur intense de la face ; rougeur qui occupe toute la peau du visage, les oreilles, les paupières, surtout la paupière inférieure, les lèvres participent à l'érythème.

C'est un érythème intense, d'un rouge très vif, presque violacé ; la peau est recouverte de petites squames jaunâtres, sèches, adhérentes. On ne perçoit nulle part la moindre trace d'atrophie, tant le processus inflammatoire est violent. Les paupières inférieures sont bouffies : le lendemain de son entrée à l'hôpital, la malade offre une poussée congestive très violente. L'œdème des paupières est tel que les yeux peuvent s'ouvrir difficilement. Les cils sont rares ; les sourcils très clairsemés. Mais c'est sur le cuir chevelu surtout que les lésions sont le plus intenses. L'alopecie est à peu près totale. On trouve sur le front et sur les bords externes du cuir chevelu quelques cheveux grêles, disséminés. En arrière, une mèche est conservée, véritable îlot au milieu de cette déglabration générale. Le cuir chevelu est d'un rouge vif ; il est lisse ; pas de traces de séborrhée, pas de squames. Par places, sans ordre ni systématisation quelconques, on aperçoit des taches plus blanches, à fond rosé encore, où la peau a déjà subi un processus d'atrophie. Pas de douleurs, pas de prurit.

Sur le cou, en avant, l'érythème présente les mêmes caractères que sur la face, mais à la périphérie on distingue des éléments papuleux de la grosseur d'une tête d'épingle à limites nettes sur peau saine d'apparence. Ces éléments, d'un rouge vif, sont tantôt isolés, tantôt groupés en petits amas où les papules se confondent et constituent des taches érythémateuses semblables à la lésion principale. Du cou, et par petits placards, la lésion s'étend sur la poitrine, dans la région présternale, entre et sur les deux seins.

Les éléments papuleux et placards érythémateux descendent jusqu'aux creux sus-claviculaires. En arrière, même disposition qu'en avant : la région interscapulaire est envahie et la lésion s'étend même jusque dans la région lombaire.

Sur l'abdomen, existent de nombreuses *efflorescences de lichen scrofulosorum typiques*. Sur les bras et les avant-bras, groupes de petites papules. Des deux côtés on trouve des synovites à grains riziformes de la gaine des extenseurs et des radiaux. La paume des mains est rouge, sur ce fond rouge, petit piqueté purpurique ; la face palmaire des doigts est également atteinte. La peau, ici et là, est le siège d'une hyperkératose légère. A la face dorsale, éléments disséminés sur la main comme sur les phalanges. Intégrité complète des ongles.

Sur les avant-bras, cicatrices assez nombreuses rondes, blanches, probablement de tuberculide papulo-nécrotique.

Les membres inférieurs sont très peu touchés. On voit sur la cuisse et les jambes quelques éléments papuleux et quelques éléments de lichen *scrofulosorum*.

La face plantaire et les pieds sont respectés.

Au cou, des deux côtés, nombreux ganglions durs et indolents.

Toute la chaîne cervicale est atteinte. A l'aisselle droite, on trouve une masse volumineuse, constituée par des ganglions hypertrophiés, durs, indolents. La malade les a dans cet état depuis plus de 8 ans, sans que jamais elle n'en ait ressenti la moindre gêne. Du côté gauche, peu de ganglions perceptibles; à l'aîne, rien d'anormal.

L'examen des viscères ne dénote rien de particulier. Aux poumons, pas de signes de condensation pulmonaire, pas de bruits surajoutés; pas de signe de pleurésie ancienne. Les viscères abdominaux paraissent normaux. L'examen des urines pratiqué par M. Valdignier, Pharmacien en chef des Hospices, donne :

Urée.	6 gr. 904 par litre
Acide urique . . .	0 gr. 403 » »
Chlorures . . .	2,447
Phosphates . . .	0,622
Albumine . . .	traces
Glucose . . .	néant
Pas de pigments ni de sels biliaires	

La réaction de Wassermann est négative.

La numération des globules rouges donne : 3.600.000 par mm³. Celle des globules blancs : 4. 200, leucopénie qui se trouve sur les lames. La formule leucocytaire est ainsi composée :

Polynucléaires neutrophiles . .	56	0/0
» éosinophiles . . .	0,8	
Moyens mononucléaires . . .	26	
Grands mononucléaires . . .	8	
Lymphocytes	6	
Cellules de Türk	3	

L'état général de la malade est mauvais : la température est à 38°5-38° et reste à ce niveau pendant plusieurs jours. L'inappétence est complète. L'amaigrissement considérable : la malade l'évalue à 16 kilogs, depuis 2 mois.

Comme traitement : cold-cream sur la peau, liqueur de Fowler, alimentation légère, mal supportée.

Au bout d'une douzaine de jours, la température revient aux environs de 37°4-37°6. Puis elle remonte à 38°5. Survient une vive poussée congestive, qui dure 5 ou 6 jours. On s'aperçoit alors que les lésions sur le thorax, dans le dos, se sont agrandies.

Au bout de deux ou trois semaines, l'état général s'amende, les forces et l'appétit reviennent. Aucune médication locale, autre que l'application de cold-cream, n'est tolérée. Nous n'avons pas jugé prudent d'injecter de la tuberculine, en raison de l'état de la malade. On se borne à ordonner de la quinine à la dose quotidienne de 1 gramme.

La température se maintient aux environs de 37°.

La teinte érythémateuse pâlit peu à peu, sur la face, le cou, la poi-

trine et le dos. Mais on voit s'établir progressivement une pigmentation brune, au fur et à mesure que s'efface la congestion. Sur la face, des squames petites, sèches, adhérentes, apparaissent; sur le cou, on distingue, de places en placés, de petites taches d'atrophie blanche. C'est au cuir chevelu surtout que cette transformation est le plus appréciable: la rougeur a disparu à peu près complètement, la pigmentation brune est manifeste et l'on aperçoit de multiples plaques d'atrophie cicatricielle. L'ensemble du cuir chevelu reste lisse et il est difficile de savoir s'il se fait la moindre repousse. Les éléments de *lichen scrofulosorum* s'affaissent, perdent leur aspect érythémateux pour se pigmenter en brun. A la paume des mains, l'érythème s'efface; sur les doigts, même processus de pigmentation, surtout périphérique, avec atrophie cicatricielle au centre. La malade quitte l'hôpital le 15 novembre; il est incontestable que l'administration de la quinine parait avoir été chez elle remarquablement efficace.

Examen histologique. — Nous avons prélevé au cou un ganglion.

Le ganglion est dur; son énucléation s'est faite très facilement, comme s'il avait perdu toutes connexions avec le tissu environnant.

A la coupe macroscopique, il offre un centre blanchâtre et une mince coque. Après fixation à l'alcool formol, inclusion à la paraffine, il est débité en coupes. Une coloration à l'hématoxyline éosine, au bleu polychrome tannin-orange, montre au centre un amas de tissu caséifié, où il est impossible de trouver la moindre trace de tissu organisé. A la périphérie une mince coque de tissu fibreux, où courent quelques vaisseaux entourés d'une gaine inflammatoire.

La peau, fixée et incluse de la même façon, est coupée en série; colorations à l'hématoxyline-éosine, au bleu polychrome, tannin-orange, à la safranine-noir naphthol β ; à l'hématoxyline Van Gieson; à l'orcéine acide.

On trouve: l'épithélium est par endroits normal, par endroits très aminci, atrophie, réduit à deux ou trois couches de cellules. La couche basilaire et la couche épineuse sont normales, on y reconnaît quelques leucocytes d'infiltration. La granuleuse est réduite à une ou deux couches de cellules. La couche cornée est tantôt normale, tantôt épaissie aux endroits correspondants à l'état finement squameux de la peau.

Le derme est plus vivement altéré. On note d'abord de l'œdème, qui dissocie les faisceaux conjonctifs, élargit les papilles, celles-ci par places ne sont pas perceptibles.

Les faisceaux conjonctifs sont dissociés, courts, épaissis, se colorant faiblement à la fuschine et au noir naphthol β . Le tissu élastique est très pauvre dans les couches superficielles et représenté par de petites fibrilles courtes.

Dans le derme on voit courir des vaisseaux sanguins dilatés, avec endothélium un peu tuméfié. Tout autour des vaisseaux, manchons inflammatoires, constitués de cellules rondes. Cette disposition linéaire de l'inflammation est nette surtout à la périphérie, alors qu'au centre de la lésion prédomine l'atrophie. Les glandes sudori-

pares sont saines. Par contre les poils follets sont le siège d'une vive inflammation ; l'infiltration dissocie et détruit presque complètement les éléments constitutifs, les glandes sébacées annexées aux poils subissent la même désorganisation inflammatoire. Enfin dans les couches superficielles du derme, on remarque des fragments pigmentaires, englobés dans le protoplasma des leucocytes ; dans la couche basale de l'épiderme, le pigment paraît plus abondant que normalement et seulement par places.

Cette observation se range parmi les cas de lupus érythémateux subaigus. Kaposi en effet dès 1871 a donné la description du lupus érythémateux aigu, rapidement mortel. Mais il existe toute une série de faits où la mort n'est pas survenue rapidement ; la maladie évolue plus lentement, l'atteinte de l'état général, quoique profonde n'est pas irrémédiable. Les malades arrivent à une guérison apparente. Les lésions cutanées, après une phase érythémateuse très violente, s'apaisent, un processus d'atrophie cutanée s'installe et on retrouve les caractères généraux du lupus érythémateux chronique. Cette forme subaiguë s'accompagne fréquemment d'autres formes de tuberculides : lichen scrofulosorum, tuberculides papulo-nécrotiques comme chez notre malade. Mais notre observation est intéressante à cause de l'alopécie à peu près totale qui a frappé le cuir chevelu et les sourcils. D'ailleurs cette alopécie, quoique rare, a été signalée par Jadassohn, dans son article sur le lupus érythémateux (in Handbuch de Mracek), signale que, dans un cas personnel, dans une observation de H. G. Fox et une troisième de Roth, « les cheveux tombent de façon diffuse et souvent avec une grande intensité ». Pernet rapporte une observation de Sydney Short où la chute des cheveux est intense et diffuse. Verrotti publie une observation de lupus érythémateux subaigu, absolument comparable à la nôtre, où, après une période de rémission assez longue, est survenue une poussée mortelle. Dans son cas, le cuir chevelu était frappé d'une alopécie complète, lisse et non inflammatoire. Seul un petit flot avait été réservé, tout comme chez notre malade, mais celle-ci offrait des lésions érythémateuses et cicatricielles du cuir chevelu. D'ailleurs nous rappelons que la première atteinte s'est faite chez elle par une petite plaque sur le cuir chevelu, après quoi s'est installée la lésion de la face. Il semble donc possible de rencontrer au cours du lupus érythémateux subaigu une alopécie totale avec lésions du cuir chevelu, ou bien sans lésions apparentes de

la peau à ce niveau (Verrotti). Il s'agirait alors dans ce dernier cas d'une véritable alopecie de sidération, comparable à celle qu'on rencontre dans certaines pyrexies de longue durée (1).

(1) Pour la bibliographie, cf. *Hauttuberculose und Tuberkulide* de ZIELER, 1914, et l'article de JADASSOHN : *Lupus erythematodes*, in *Handbuch de Mracek*.

TRICHOPHYTIE DE LA BARBE, A TYPE DE KÉRIÛ, RAPIDEMENT GUÉRIE PAR DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE SOLUTION DE LUGOL

par MM. P. RAVAUT et BOULIN

L'un de nous a déjà eu l'occasion, il y a quelques mois, de publier l'observation (1) d'une trichophytie de la barbe, guérie par des injections intra-veineuses de solution de Lugol. A ceci, M. Sabouraud (2) a récemment et justement objecté, que le traitement en question n'ayant été entrepris que trois mois seulement après le début de l'affection, malgré que la guérison ait été obtenue en un mois, il était difficile par ce seul cas de juger de la valeur de la méthode, quatre mois constituant aussi bien la durée moyenne des trichophyties de la barbe à type de Kériôn. Voici une nouvelle observation à laquelle il est impossible de faire la même critique, la méthode des injections ayant été immédiatement appliquée.

OBSERVATION. — D..., Arsène, âgé de 27 ans. Charretier.

Vers le milieu du mois d'août 1921, le malade en attelant un cheval s'écorche le menton sur un harnais. Quelques jours après, toute la région occupée par la barbe est envahie progressivement par une tuméfaction rouge sombre et douloureuse.

Il entre à l'hôpital au début de septembre. L'aspect est typique : le menton, les joues, les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaires sont rouges, tuméfiées, et surtout parsemées de placards, de nodules pustuleux et de croûtes impétigineuses. La rougeur ne présente aucune limite nette, et à distance du placard érythémateux principal, on note des éléments aberrants, rouges, papuleux. L'œdème dépasse

(1) RAVAUT. Trichophytie de la barbe rapidement guérie par des injections intra-veineuses de liqueur de Gram. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 25 mai 1921, p. 229.

(2) SABOURAUD. A propos du traitement des trichophyties suppurées par la liqueur de Gram en injections intra-veineuses. *Société de Dermatologie*, séance du 9 juin 1921.

l'étendue de l'érythème, et envahit les lèvres. Les poils se détachent sans résistance. Les ganglions sous-maxillaires sont gros, douloureux. Du trismus empêche l'ouverture de la bouche. La température oscille entre 38° et 39°.

Cliniquement, on pose le diagnostic de trichophytie de la barbe, à type de Kérian. Il est confirmé par le laboratoire, qui montre l'existence, au niveau des poils, de très nombreuses spores. Les cultures ont donné naissance à un trichophyton ressemblant au violaceum; il n'est d'ailleurs pas encore identifié. Le traitement prescrit est le suivant: extérieurement, aucun antiseptique, uniquement des pulvérisations d'eau bouillie; intérieurement, injection intraveineuse quotidienne de solution iodo-iodurée de lugol; on commence par un centimètre cube et l'on augmente chaque jour de cette même dose, jusqu'à concurrence de 5 centimètres cubes, dose qui n'est pas dépassée; le lugol est utilisé dilué dans 20 centimètres cubes de sérum physiologique, aussi les réactions locales sont-elles minimales.

Ce traitement est mis en œuvre le 10 septembre. Dès la première injection, la température retombe à la normale. Dès la 4^e, on est frappé par la disparition du trismus, de l'œdème, la diminution de la suppuration, l'atténuation de la rougeur. A la 8^e injection, les lésions sont en pleine cicatrisation, à la 15^e, le malade peut être considéré comme guéri; à l'examen de nombreux poils, prélevés en diverses régions, l'on ne trouve plus de trichophytions. A la périphérie persistent quelques rares éléments de folliculite suppurée due à des infections secondaires: des injections de vaccin (Propidon) les font rapidement disparaître.

La valeur de la méthode apparaît ici indéniable; le traitement a été mis en œuvre 20 jours après le début de la trichophytie; la guérison n'a demandé que 15 jours: ce sont là des délais incontestablement inférieurs à ceux que réclame l'évolution spontanée, ou même les traitements purement externes des trichophyties de la barbe.

Dès les premières injections l'on constata l'abaissement de la température, la sédation des phénomènes inflammatoires à la périphérie des foyers suppurés et un sentiment de bien-être qu'accusa aussitôt le malade; 15 jours après, le malade pouvait être considéré comme guéri.

Nous profitons de cette occasion pour signaler les avantages incontestables de cette solution iodo-iodurée dite liquide de Lugol sur les injections d'iodure de potassium; il en est de même lorsque l'on a recours à l'ingestion de cette solution. Chez de nombreux malades nous avons constaté l'action très différente et très supérieure du liquide de Lugol sur l'iodure de potassium soit

qu'on l'administre par la bouche, soit qu'on l'injecte dans la veine. Son seul inconvénient est d'oblitérer quelquefois la veine pour un temps plus ou moins long; l'on peut retarder cet accident en diluant le médicament dans du sérum physiologique, en poussant lentement l'injection et en le mélangeant au sang dans la seringue même par des aspirations successives.

Ainsi que le faisait pressentir M. Sabouraud ce traitement paraît surtout actif dans les formes de trychophytie suppurée; nous ne l'avons essayé que dans un seul cas de trichophytie du cuir chevelu chez un enfant de 8 ans et nous avons abouti à un échec. L'avenir nous dira si cette méthode peut être uniquement limitée au traitement des trichophyties suppurées à type de Kérion; même s'il en était ainsi, il serait intéressant en pratique de pouvoir rapidement guérir ces formes parfois trainantes, récidivantes de Kérion, ainsi que le prouvent nos deux observations.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. — Etude clinique.

Aorte.

Connaissances actuelles sur la syphilis de l'aorte (Der heutige Stand unserer Kenntnisse von der Aortensyphilis), par C. BRUNNS. *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten wie deren Grenzgebiete*, avril 1921, t. I, p. 1.

La syphilis aortique est extrêmement fréquente. Pulay en trouve, radioscopiquement, 47 exemples sur 85 syphilitiques. Lenz dit que 25/00 des syphilitiques sont touchés dans leur aorte. En 2 ans, Buneke a fait 54 autopsies, morts de lésions aortiques. Sur 1.380 cardiopathies, Romberg en rapporte 15/00 à la syphilis aortique. Dans la paralysie générale la proportion d'aortite varie de 30/00 (Lenz) à 82/00 (Straub), etc.

C'est entre la 20^e et la 30^e année après le chancre, que se multiplient les manifestations aortiques. Histologiquement, Chiari y voit une mésoaortite productive ; Benda insiste sur la présence des petites gommès pariétales. Les constatations de spirochètes sont plutôt rares. Mais il ne faut pas oublier l'existence de lésions valvulaires. Cliniquement, Schottmüller distingue une aortite supracoronaire, coronaire valvulaire, anévrysmales. La forme valvulaire se traduit par l'insuffisance.

Le traitement comporte essentiellement l'administration prolongée des arsénobenzols.

(Revue générale des travaux allemands).

CH. AUDRY.

Arthrite.

Syphilis tertiaire de l'articulation coxo-fémorale (Sifilide terziaria dell' articolazione dell' anca), par L. MORINI. *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, août 1920, p. 251.

Il n'y a dans la littérature que deux cas analogues de Fournier. La radiographie montre des lésions d'ostéopériostite gommeuse au niveau d'une fracture du col du fémur avec arthro-chondro-synovite de l'articulation.

La syphilis datait de deux ans et était restée presque sans traitement.

PELLIER.

Asthénie.

Les asthénies par troubles pluriglandulaires d'origine syphilitique, par MM. P. MERKLEN, A. DEVAUX et A. DESMOULIÈRES. *Presse médicale*, 16 février 1921.

Le professeur Hutinel a montré l'intervention prépondérante de l'hérédo-syphilis dans les dystrophies glandulaires du jeune âge,

notamment dans leurs formes discrètes, bénignes ou frustes de beaucoup les plus communes. Les auteurs pensent pouvoir rattacher bon nombre d'asthénies à un trouble polyglandulaire résultant d'une syphilis acquise ou héréditaire. Leur conviction est étayée sur les arguments suivants :

1° Présence de syphilis chez le conjoint, qu'il faut examiner cliniquement et sérologiquement.

2° Présence de la syphilis chez les parents, l'hérédosyphilis est souvent en cause.

3° Examen du sang. La réaction de B.-W. est souvent positive ; on la fera précéder d'une réactivation. On emploiera un antigène plus sensible que l'antigène foie héredo, l'antigène Desmoulières, qui donne la preuve de la spécificité de l'asthénie.

4° Influence du traitement spécifique. L'opothérapie les améliore passagèrement ; le mercure et l'arsenic à doses continues et prolongées les transforme. Il s'agit de guérison, qu'il suffira de maintenir ultérieurement.

H. RABEAU.

Chancres.

Chancro syphilitique de l'amygdale à forme polypoïde, par PORTMANN. *Paris Médical*, 28 février 1920, n° 9, p. 174.

Deux observations de chancro syphilitique de l'amygdale dont une de chancro à forme polypoïde : volumineuse amygdale présentant une ulcération de grande dimension à fond boursoufflé en forme de petite tumeur polypoïde dont la base restait séparée des bords de l'ulcération par une surface étroite, grisâtre, avec amas caséux.

R.-J. WEISSENBACH.

Chancro amygdalien à forme angineuse, par Robert RENDU. *Société des Sciences médicales de Lyon* 28 janvier 1920. *Lyon Médical*, 10 mars 1920, p. 221.

Homme de 26 ans qui brusquement fut pris d'un violent mal de gorge accompagné de phénomènes généraux (fièvre légère, courbature, dysphagie).

Pas d'induration amygdalienne. En raison du ganglion volumineux sous-angulo-maxillaire on pensa à un début d'adéno-phlegmon.

L'apparition très rapide d'accidents secondaires (20 jours après le début du chancro) trancha le diagnostic.

J. LACASSAGNE.

Sur des chancres syphilitiques extra-génitaux pendant la guerre et particulièrement sur les chancres de l'amygdale (Über extragenitale Primäreffekte Während Berücksichtigung der Tonsillarprimäreffekte), par MEYER, *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 8, p. 153.

Bulkley admettait que 12 à 15 o/o des syphilis était d'origine extra-génitale.

Chez les femmes, pendant la guerre, la proportion moyenne de chancres extra-génitaux a été de 3,38 o/o; chez les hommes de 1,50 o/o.

50 des lèvres, 2 de la langue, 28 des amygdales, 4 des doigts, 2 du menton.

La guerre a apporté une augmentation considérable dans la fréquence absolue et relative de ces accidents.

CH. AUDRY.

Un cas de chancre de la cuisse ressemblant à une tumeur (A case of tumour-like chancre of the thigh), par GRAY. *The British Journ. of Dermat.*, févr. 1920, p. 37.

Il s'agit d'un chancre de la cuisse se présentant sous l'aspect d'une véritable tumeur saillante, ovalaire, nettement délimitée, d'une coloration rouge foncé, de consistance élastique, de surface absolument sèche sauf au sommet qui est légèrement déprimé et recouvert d'une croûte. Il y a adénopathie satellite, présence de tréponèmes et Wassermann positif. Aucun cas de chancre ulcéreux ou fongueux signalé jusqu'à l'heure actuelle, ne simulait à ce point une tumeur.

S. FERNET.

Chancres syphilitiques multiples par autoinoculation, par MM. NICOLAS et GATÉ, *Lyon Médical*, 10 juin 1921.

Malade porteur d'un chancre de la verge et de chancres de la région périunguëale de l'index gauche et de l'index et du médius droits. Ces ulcérations digitales sont survenues 15 jours après l'apparition du chancre génital et le malade déclare que ses doigts étaient auparavant couverts d'écorchures.

A noter que le malade est porteur de deux plaques nacrées rétro commissurales. C'est un cas de plus à ajouter à ceux déjà nombreux de leucokératose buccale d'origine non syphilitique.

JEAN LACASSAGNE.

Pseudo-chancre syphilitique par application d'orthoforme ayant déterminé une nécrose du sillon préputial (Vortäuschung eines syphilitischen Primäraffekt durch eine nach Orthoformbehandlung einer Rhagade im Sillon coronarius penis entstandene Necrose), par O. SACHS.

S. rappelle d'abord que pendant la guerre de nombreux auteurs ont signalé des auto-simulations de maladies vénériennes. Dans le cas présent, il s'agissait d'un homme de 49 ans chez lequel une seule application d'orthoforme sur une érosion du sillon balano-préputial, détermina une violente inflammation du prépuce, du pénis, etc., puis se forma une perte de substance dure au niveau du point d'application, le tout accompagné d'une adénopathie inguinale. La lésion était tout à fait semblable à un chancre induré.

S. rappelle à ce propos les travaux nombreux qui ont eu pour objet les éruptions orthoformiques.

CH. AUDRY.

Combien fréquents les chancres syphilitiques imperceptibles rapidement disparus ? (Wu häufig sind unscheinbare rasch verschwindende Initialsklerose?), par J. FICK. *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 51, p. 1034.

Observation d'un médecin chez lequel on ne trouva comme trace de chancre qu'une érosion insignifiante et éphémère de la bouche.

Combien y a-t-il de cas semblable ? Beaucoup probablement, et quand un syphilis nie s'être aperçu d'un chancre, il ne ment pas aussi souvent qu'on le croit.

CH. AUDRY.

Urgence du diagnostic précoce du chancre induré, par R. SABOURAUD. *La Presse Médicale*, samedi 17 avril 1920, n° 23, p. 221.

Toute ulcération douteuse, surtout des organes génitaux doit être soumise sans le moindre délai à un examen médical compétent et à l'examen ultra-microscopique, dès qu'il peut y avoir un doute sur sa nature. L'ultra-microscope donne le moyen de certifier la nature d'un chancre induré avant toute infection générale. En profitant de ce diagnostic précoce on peut instituer de suite un traitement par l'arsénobenzol, traitement, qui a des chances d'être abortif.

R.-J. WEISSENBACH.

Cyanose.

Maladie de Vaquez d'origine syphilitique chez un enfant, par MM. GALLAVARDIN et BERTOYE, *Lyon Médical*, 25 avril 1921.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui à l'âge de 3 ans, fut contaminé par sa mère, syphilitique récente. Il fut à ce moment soigné dans un service de vénériens.

Il présente depuis 3 ans une cyanose intense des téguments, des muqueuses et de la langue. Injection conjonctivale intense. Rate très volumineuse. Examen hématologique. Globules rouges : 5.500.000. Globules blancs : 12.000. Il y a une très notable augmentation de la proportion des polynucléaires qui est de 80 0/0 et une augmentation du nombre des éosinophiles : 7 0/0. On a retrouvé au cours de plusieurs examens quelques myélocytes et un globule rouge nucléé.

Le traitement mercuriel n'a pu être continué à cause d'hématuries et le novarsénobenzol à cause d'éruption cutanée.

JEAN LACASSAGNE.

Éléphantiasis.

Éléphantiasis en rapport avec la syphilis (Elephantiasis with reference to syphilis), par LINTZ. *New-York Medical Journ.*, 6 mai 1921, p. 535.

L. a observé trois cas d'éléphantiasis unilatéral des membres inférieurs paraissant être liés à la syphilis. Dans les trois cas la recherche des filaires fut négative et l'affection s'améliora nettement par le trai-

tement antisypilitique. L'amélioration fut si rapide que L. affirme même par anticipation la guérison.

Il doit s'agir d'endolymphangite spécifique. Il est indiqué de penser à la syphilis dans tous les cas d'éléphantiasis non filarien.

S. FERNET.

Exanthèmes.

Exanthème syphilitique à la suite d'une gomme (Exanthematische Syphiliseruption im Anschluß an ein Gumma), par H. PLANNER, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 257.

P. discute la question de la division des accidents syphilitiques en secondaires et tertiaires, etc.

Il divise en deux groupes les cas où l'on voit simultanément des accidents secondaires et des tertiaires : ou bien il s'agit de superinfection ou de réinfection ; ou bien un malade présente en même temps des accidents secondaires et tertiaires remontant à une même infection. Il rappelle quelques cas de syphilides superficielles chez des syphilitiques porteurs de gomme et en donne lui-même une observation. Comme on avait excisé la lésion ulcéro-gommeuse, P. se demande si cette intervention n'a pas mis en liberté des parasites ; un cas de Haan était assez voisin, mais dans ce dernier cas, l'exanthème avait suivi de très près l'excision. Il agite à ce propos la question de l'incubation des accidents exanthématiques.

CH. AUDRY.

La syphilide varioliforme, par L. M. BONNET, *Lyon Médical*, 10 avril 1921.

La syphilide varioliforme est une manifestation rare de la vérole puisque l'auteur en dépouillant les observations de son riche service de l'Antiquaille, n'en a trouvé que 12 cas depuis 1905.

Ce sont surtout les anciens auteurs (Cazenave, Dervergie) qui ont décrit cette forme éruptive. Les modernes n'en font pour ainsi dire pas mention ; d'ailleurs Fournier avait protesté contre ce morcellement des syphilides « qu'importe, pratiquement, qu'une syphilide soit simple ou polymorphe, qu'elle soit papuleuse ou papulo-squameuse ou papulo-croûteuse » — Et pourtant, comme le dit M. Bonnet la syphilide varioliforme n'est pas une simple anomalie éruptive ; par les particularités cliniques qui l'accompagnent elle constitue un syndrome nettement individualisé.

L'élément éruptif est plus ou moins varioliforme, parfois de façon si marquée que la confusion a pu être faite par les plus grands Maîtres. L'éruption prédomine sur la face et sur le dos, les extrémités étant le plus souvent respectées. Son polymorphisme est la règle, si bien qu'à côté d'éléments franchement pustuleux on trouve des papules classiques.

Les symptômes généraux accompagnent toujours l'éruption : la fièvre, parfois très élevée, l'altération de l'état général complètent le syndrome.

Après l'étude du diagnostic, surtout à faire avec la variole, l'auteur aborde l'étiologie de cette forme clinique. Pour lui le terrain serait un facteur incontestable, cette éruption étant presque exclusivement réservée aux hommes et souvent aux hommes entachés d'alcoolisme. Sur ce second point l'auteur est en désaccord avec Bazin qui n'admettait pas de rapport entre ces syphilides malignes, l'alcoolisme ou le mauvais état général.

Quoi qu'il en soit, l'accident primitif n'avait eu dans la plupart des cas, aucune tendance au phagédénisme, mettant ainsi en défaut la loi de Bassereau.

Ajoutons que l'auteur n'a jamais noté de roséole antérieure, que les plaques buccales ont presque toujours manqué. Est-ce à dire qu'un parasite spécial interviendrait dans ces syphilis à forme si anormale; M. B... ne le pense pas. Dans les deux seuls cas où le tréponème a été recherché, il a été trouvé une fois.

Enfin dans les deux cas où la confrontation a été possible, une fois la même éruption a été constaté chez l'autre partenaire.

JEAN LACASSAGNE.

Foie.

L'ictère syphilitique primaire, par G. MILIAN, *Paris Médical*, 21 août 1920, n° 34, p. 141.

Trois observations d'ictère syphilitique primaire, contemporain du chancre, antérieur à la roséole, variété clinique non encore décrite, et qui montre l'affinité du tréponème pour le foie.

Les raisons qui permettent d'invoquer pour M. la nature syphilitique de l'ictère dans ces trois observations sont, en dehors de la coïncidence, l'évolution parallèle au chancre, la tendance à la guérison spontanée comme le chancre, l'absence de toute autre cause perceptible d'ictère.

R.-J. WEISSENBACH.

Goître exophtalmique.

Goître exophtalmique d'origine émotive et syphilis, par Ch. PFEIFFER. *Le Progrès Médical*, n° 17, 24 avril 1920, p. 187.

Trois observations de syndrome de Basedow développé à la suite d'émotion mais au cours de l'évolution de la syphilis.

OBSERVATION I. — Femme très émotionnée par un bombardement par obus de gros calibre. Huit jours plus tard apparaît la tuméfaction du corps thyroïde, puis l'exophtalmie et le tremblement. Eruption spécifique (?) et réaction de Bordet-Wassermann positives. Le traitement spécifique a fait peu à peu disparaître tous les symptômes.

OBSERVATION II. — Soldat de 29 ans, très émotionné par un bombardement par obus de gros calibre et torpille. Quelques jours après apparition de la tuméfaction du cou et de l'exophtalmie.

Au moment de l'examen : exophtalmie, tachycardie, goître, etc...

Cicatrice indurée de la verge, réaction de Bordet-Wassermann positive.

OBSERVATION III. — Soldat de 42 ans, enseveli au cours d'un bombardement par torpilles. N'a pas été blessé, mais contusionné. Quelques jours plus tard apparition de la tuméfaction du cou, asthénie extrême. A l'examen : exophtalmie, goitre, tachycardie. Syphilis niée. Il existe des cicatrices suspectes sur les téguments. Liquide céphalo-rachidien hyperalbumineux ; réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

R.-J. WEISSENBACH.

Lymphadénie.

Lymphadénie dans ses rapports avec la syphilis héréditaire, par E. WEILL. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1921, p. 721.

L'enfant dont l'affection avait résisté à tous les traitements, a guéri à la suite d'un traitement mercuriel.

Jean LACASSAGNE.

Médiastinale.

Adéno-cellulite médiastinale syphilitique, par M. GASTOU. *Société de médecine de Paris*, 23 octobre 1920.

Les lésions du médiastin peuvent se rapporter à trois types : 1° La médiastinite totale ou syphilome diffus sclérogommeux de Sergent, simulant le sarcome ou la néoplasie maligne. 2° La médiastinite partielle en bandes occupant surtout le médiastin supérieur, la région périaortique. 3° La médiastinite diffuse : en amas, en groupes, en traînées, généralement périhilaire.

Si les deux premières formes sont de diagnostic en général facile, il n'en est pas de même de la forme diffuse sur laquelle insiste l'auteur. Il faudra rechercher avec soin les modifications du pouls radial et les troubles pupillaires, puis pratiquer l'examen radiologique complet et l'examen sérologique. Le diagnostic précoce permettra un traitement utile, arsénobenzolé et mercuriel suivi d'une cure d'iodure de potassium.

H. RABEAU.

Œdèmes.

Œdème nerveux à prédominance unilatérale chez une syphilitique, par MM. TRÉMOLIÈRES et SCHULMANN. *Séance du 4 février 1921*.

Au cours d'une syphilis en évolution atteignant le névrose, apparaît un œdème trophonévritique des membres inférieurs, surtout marqué d'un côté. Cet œdème avait été précédé de douleurs radiculaires et disparut rapidement ainsi que les douleurs à la suite de la ponction lombaire. La présence d'un réflexe oculo-cardiaque positif plus accusé du côté des œdèmes, la substitution de la ligne blanche à la réaction dermatographique montrent que les phénomènes sont sous la dépendance du grand sympathique.

H. RABEAU.

Pancréas.

Pancréatite syphilitique fœtale, par MM. COMMANDEUR et BOUGET. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 février 1931, p. 731.

Deux observations avec examen histochimique. Les auteurs estiment qu'il est possible que le nouveau-né spécifique n'assimile pas, parce que son pancréas est touché et que cet organe est indispensable à la digestion du lait.

JEAN LACASSAGNE.

Diabète syphilitique par pancréatite scléro-gommeuse, par P. CARNOT et P. HARVIER. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 16 janvier 1920, p. 71.

Observation d'une femme de 53 ans atteinte de lésions nerveuses syphilitiques (tabès fruste et poliomyélite antérieure sacrée) et d'autre part d'un syndrome de diabète avec glycosurie abondante, polyurie, polydypsie, et très gros amaigrissement. Il existe de plus une cirrhose hypertrophique avec circulation collatérale sus-et sous-ombilicale sans ascite. La réaction de Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien est négative. Le début de la maladie remonte à 2 ans environ. La malade est soumise au régime antidiabétique et au traitement arsenical (3 injections de 0 gr, 15 de novarsénobenzol). Elle succombe un mois après son entrée à l'hôpital. — Autopsie : bronchopneumonie à noyaux disséminés du poumon gauche. Cirrhose hypertrophique du foie, périhépatique, péricapnité. Le pancréas est absolument méconnaissable, à sa place existe une masse de tissu fibreux dur au niveau de laquelle il est impossible de retrouver tant à l'œil nu que sur les coupes, la moindre trace de tissu glandulaire. Au point de vue histologique, la glande entière est transformée en un tissu fibreux adulte dans lequel on retrouve des vaisseaux atteints d'endo- et de périvasculare; par place seulement on retrouve quelques acini glandulaires intacts et quelques formations langerhansiennes de type normal. Sur une des coupes on rencontre une gomme syphilitique typique.

C. et H. concluent de cette étude au diagnostic de diabète pancréatique d'origine syphilitique confirmée par l'examen histologique et cliniquement par la coexistence des accidents nerveux tabétiques, malgré les réactions de Wassermann négatives.

C. et H. résument les quatre seules observations publiées avec examen anatomique de diabète pancréatique où l'origine syphilitique a pu être suspectée. Ils montrent que leur observation est le seul cas établissant nettement, pour la première fois, l'existence d'un diabète par syphilis du pancréas.

R.-J. WEISSENBACH.

Poumon.

Syphilis tertiaire à manifestations multiples, par R. LE CLERC, *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 17 octobre 1919, p. 813.

OBSERVATION. — Homme de 51 ans, soigné pour pleurésie gauche depuis 2 ans et présentent depuis 1 an une lésion du creux poplité gauche considéré comme de nature tuberculeuse. A l'examen lésion de sclérose pulmonaire du poumon gauche se traduisant par un souffle, sur le trajet de la 8^e côte, 3 masses fusiformes, indolentes, gomme syphilitiques probables. Le diagnostic posé est celui de lésions tertiaires syphilitiques du poumon, de la côte et du creux poplité. Traitées par des injections de cyanure de mercure et par ingestion d'iodure de potassium les lésions régressent rapidement. Apparition de troubles délirants au cours de la régression des lésions.

R.-J. WEISSENACH.

Gomme syphilitique du poumon évacuée par une bronche (Goma sífilítico del pulmon evacuado por un bronquio), par ARRILLAGA et ELIZALDE. *Revista de la Asociación medica Argentina* (Num. 189-90-91).

Une observation.

PELLIER.

Rectum.

Rectite « vermillon » de la syphilis secondaire, par P. CARNOT et FRIEDEL. *Paris Médical*, 3 avril 1920, n° 14, p. 291.

Une observation de rectite érythémateuse syphilitique secondaire, que C. et F. dénomment rectite « vermillon » par analogie avec l'angine érythémateuse de la syphilis secondaire décrite par Dieulafoy et Benoist sous le nom d'angine « vermillon ».

OBSERVATION. — M..., femme de 24 ans présentant depuis un mois des phénomènes de rectite aiguë : diarrhée muco-sanglante dysentérioriforme, avec pesanteur périnéale et douleurs anales extrêmement violentes.

L'examen montre une ulcération anale de deux centimètres de long, fissuraire, douloureuse, non saillante.

Le toucher rectal est très douloureux, le doigt pénètre dans un rectum spasmé et infiltré. L'examen rectoscopique révèle le spasme et un gros œdème pariétal; toute la muqueuse est recouverte de mucopus sanguinolent brunâtre; après nettoyage elle apparaît rouge intense portant de minuscules érosions. L'examen général de la malade révèle l'existence d'une roséole et de ganglions inguinaux, la réaction de Bordet-Wassermann est positive. Le mari vu ultérieurement présentait des lésions de syphilis secondaire en activité, laryngite, syphilides cutanées, etc...

La cause de la rectite ne pouvait être que la syphilis. Il n'existait pas de blennorragie anorectale et dès la 5^e injection de biiodure de

mercure (deux centigrammes) une amélioration remarquable se produisait ; 4 injections à doses croissantes (15, 30, 40, 60 centigrammes) de novarsénobenzol amenaient la guérison.

R.-J. WEISSENBACH.

Rein.

L'urine dans la syphilis (*The urine in syphilis*), par KLAUDER et KOLMER. *The Journ. of the American med. Assoc.*, 8 janv. 1921, p. 102.

Dans le but de contrôler les constatations qui ont fait l'objet de publications récentes, les auteurs ont recherché quelles sont les modifications constatables dans les urines des syphilitiques.

Dans 3 cas (sur 43) de syphilis primaire non traitée et dans 4 cas (sur 46) de syphilis secondaire non traitée, ils ont constaté des traces d'albumine. Dans deux de ces cas les urines contenaient des hématies et des cylindres granuleux. Tous ces symptômes disparurent après le traitement arsenical.

Les observations cliniques et expérimentales ont prouvé que le mercure est beaucoup plus néphrotropique que les arsenicaux. Dans le traitement mixte par Hg et As, le mercure, en altérant l'épithélium rénal, est susceptible d'entraver l'élimination de l'arsenic ; il peut en résulter des accidents d'intoxication arsenicale imputables au mercure. C'est la raison pour laquelle le traitement mixte intensif par Hg et As n'est pas recommandable.

La réaction de Wassermann a été pratiquée sur les urines de 60 syphilitiques présentant tous des réactions positives dans le sang. Deux d'entre eux seulement avaient des réactions positives dans les urines. La réaction de Wassermann pratiquée sur les urines est sujette à de fréquentes erreurs en raison du pouvoir anti-complémentaire des urines, pouvoir variable chez le même individu et plus marqué dans les urines conservées que dans les urines fraîches.

Le tréponème pâle peut être trouvé dans les urines au cours des périodes aiguës de l'affection.

Dans l'hémoglobinurie paroxystique à origine syphilitique il n'existe aucun caractère particulier des urines qui puisse servir au diagnostic différentiel avec les hémoglobinuries d'autre origine.

En résumé, aucun des examens et aucune des réactions pratiquées sur les urines, n'ont de valeur au point de vue du diagnostic de la syphilis.

S. FERNET.

Néphrite avec azotémie très élevée chez un syphilitique ancien. Amélioration rapide par le novarsénobenzol, par Marcel PINARD, *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 25 juillet 1919, p. 779.

OBSERVATION. — Homme de 43 ans, atteint de néphrite chronique avec hypertension, albuminurie et azotémie (2 gr. 83). Syphilis remontant à 17 ans. Wassermann positif. Une série d'injections intra-

veineuses de novarsénobenzol à doses croissantes espacées, 15 injections de 0,10 à 0,75 ont été pratiquées du 31 décembre 1917 au 3 octobre 1918.

Malgré quelques accidents cutanés d'intolérance, amélioration de l'état général, de l'hypertension artérielle, de l'albuminurie et de l'azotémie qui s'abaisse progressivement pour n'être plus que de 0 gr. 60 centigr. le 28 juin 1919.

R.-J. WEISSENBACH

Synovites.

Etude clinique et pathologique d'une manifestation syphilitique particulière ressemblant aux nodules juxta-articulaires (A clinical pathological study of an unusual syphilitic manifestation resembling juxta-articular nodules). par GOODMAN et YOUNG. *The American Journ of the Medical Sciences*, févr. 1920, p. 231.

Description d'un cas de gommès tendineuses symétriques juxta-articulaires ressemblant aux nodules juxta-articulaires décrits par Jeanselme mais s'en distinguant par la structure histologique (infiltration lymphoïde, néoformations vasculaires, péri-artérite). Le résultat positif de la réaction de Wassermann ainsi que les antécédents suspects de la malade, ont permis de diagnostiquer : gommès tendineuses symétriques para-articulaires.

Le traitement antisypilitique n'ayant pu être institué, l'épreuve du traitement manque.

S. FERNET.

Trachée.

Sténose syphilitique de la trachée. par MM. CADE et BRETTE, *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 2 décembre 1919 (*in Lyon-Médical*, 10 janvier 1920).

Le malade, dont les auteurs rapportent l'histoire, est un homme de 37 ans, syphilitique depuis l'âge de 18 ans, qui avait présenté en février 1919 une affection pulmonaire traînante. Depuis lors, il a gardé de l'essoufflement. Sa dyspnée, chaque jour plus vive, est presque continue, avec accès de suffocation nocturne. Elle s'accompagne de cornage et de tirage sus-sternal. Pas de modifications de la voix. Aux poumons existent des râles de bronchite diffuse. On not en outre des signes cicatriciels d'iritis à droite, une tuméfaction dure et volumineuse du testicule à gauche, et une perforation du voile du palais. Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Au laryngoscope, on ne constate pas de lésions ou de paralysies laryngées. Une semaine après son entrée dans le service le malade est pris d'une crise de suffocation plus violente et plus durable, sa température s'élève et il meurt asphyxique en moins de 36 heures.

A l'autopsie, les poumons présentent des lésions de broncho-pneumonie ; le larynx est sain, mais sur la trachée, à 4 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde, il existe un rétrécissement serré, du calibre

d'une plume d'oie. La partie inférieure de la trachée et les grosses bronches sont le siège d'un processus inflammatoire très actif avec nombreuses ulcérations.

En somme, il s'agit d'une sténose trachéale syphilitique, avec lésions plus récentes de la bifurcation bronchitique, et broncho-pneumonie terminale, chez un sujet manifestement syphilitique, porteur de stigmates divers d'infection spécifique (iritis, perforation du voile, ancienne orchite).

Au point de vue bibliographique, nous ne pouvons citer ici que les mémoires déjà anciens de Mauriac et de Lancereaux, qui constituent une bonne étude de la question, et une observation lyonnaise très intéressante, due à M. Garel.

Les faits semblables sont très loin d'être fréquents. Ils méritent de retenir l'attention pour éviter la confusion avec d'autres états lésionnels, notamment avec une tuberculose banale, confusion très préjudiciable au malade.

CARLE.

Syphilis du conduit trachéo-bronchique; un cas de gomme de la trachée (Syphilis of the tracheobronchial tree; case of gumma of trachea), par ISRAEL. *Texas State Journ. of medicine*, févr. 1920, p. 362.

Le malade se présentait d'urgence à l'hôpital pour une crise aiguë de dyspnée. On constata une tuméfaction du volume d'un œuf siégeant au tiers supérieur de la trachée et obstruant sa lumière. Réaction de Wassermann positive. Guérison par l'arsénobenzol et l'iodure avec persistance d'une infiltration localisée de la paroi trachéale ne donnant lieu à aucun symptôme fonctionnel.

S. FERNET.

Fistule syphilitique trachéo-œsophagienne (Luetische Tracheoœsophagus fisteln), par M. KRASSNIGG, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1920, n° 6, p. 130

Dans une thèse de Sirot (Lyon 1899), il est fait mention de 75 cas de fistules œsophagiennes dont aucune n'était syphilitique.

Dans le cas de K. il s'agit d'un homme de 53 ans qui présente de la dyspnée depuis un an. Les phénomènes sont accrus pendant les dernières semaines; dyspnée, strideur, cyanose, dilatation des veines de la face; accès de toux. Rougeur du larynx et du pharynx. R. W. +.

Au cours du traitement spécifique, évacuation de pus avec un séquestre. Les symptômes subjectifs (accès de toux pendant la déglutition etc.), permirent d'établir l'existence d'une fistule entre la trachée et l'œsophage. Le malade finit par succomber à une pneumonie. L'autopsie montra qu'il existait une perte de substance sur la face postérieure de la trachée.

Dans un cas de Navratil où il s'agissait de lésions laryngées, une gastrostomie n'empêcha pas la mort.

CH. AUDRY.

Urticaire.

Urticaire due probablement à la syphilis (Urticaria probably due to syphilis) par HOLLANDER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, janv. 1920, p. 55.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans et d'un homme de 30 ans présentant de l'urticaire rebelle et une réaction de W. positive.

Tous les deux guérissent de l'urticaire par le traitement antisyphilitique (frictions mercurielles chez l'enfant, traitement arséno-mercuriel chez l'homme).

S. FERNET.

Utérus.

Syphilis secondaire de l'utérus (Secondary Syphilis of the uterus), par GELLHORN. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1919, vol. XXIX, p. 374.

Observation unique concernant une jeune femme chez qui, grâce à une éversion de la muqueuse du col utérin, on a pu constater des plaques muqueuses intracervicales. Ce diagnostic fut confirmé par l'examen à l'ultramicroscope. Les plaques muqueuses externes du col sont une rareté; celle du canal cervical n'ont encore jamais été signalées.

S. FERNET.

Verge.

Syphilomes sous-cutanés fibreux chroniques des membres inférieurs et induration chronique péri-urétrale de la verge (Chronic fibroid subcutaneous syphilomata of the legs, associated with chronic peri-urethral induration in the penis), par PARKES WEBER. *Proceedings of the royal Society of medicine (Derm. sect.)*, juillet 1920, p. 105.

Chez un homme de 60, ans n'ayant aucun antécédent spécifique mais présentant un Wassermann positif, on constate une induration fibreuse des corps caverneux déformant la verge au moment des érections. On constate de plus aux membres inférieurs des nodules fibreux datant de plusieurs années, nodules durs et douloureux. La biopsie montra la prédominance du tissu fibreux, une légère infiltration lymphocytaire et l'épaississement des parois des capillaires avec oblitération. En aucun point on ne trouva d'hémorragie ni de zone nécrosée. Il s'agissait donc de syphilomes ayant évolué vers l'état fibreux sans passer par le stade de ramollissement et de nécrose comme c'est le cas pour les gommès. Cette structure essentiellement fibreuse, rappelant celle des cicatrices, explique le peu d'efficacité du traitement spécifique.

S. FERNET.

Vessie.

Sur la syphilis de la vessie (Zur Frage der Blaensyphilis), par POSNER, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 193.

P. a examiné au cystoscope, 23 femmes atteintes d'accidents secondaires en évolution, 15 fois la vessie était saine, 5 fois elle était anormale (lésions érythémateuses 3 ; maculeuse 1 ; contraction vésicale nerveuse 1).

Mais P. ne peut pas assurer que dans aucun de ces 5 cas l'anomalie fut syphilitique : des blennorrhagies coexistantes, etc., pouvaient les avoir provoquées.

Assurément, on peut admettre qu'à cette période, les localisations syphilitiques sur la muqueuse vésicale sont exceptionnelles.

CH. AUDRY.

Syphilis de la vessie (Syphilis of the bladder), par THOMPSON. *The American Journ. of Syphilis*, janv. 1920, n° 1, p. 50.

Etude bibliographique réunissant 52 observations de syphilis certaine de la vessie. Il semble probable que la syphilis vésicale ne soit pas extrêmement rare mais, elle doit souvent passer inaperçue car elle ne donne lieu à aucun symptôme pathognomonique, et ne peut pas être nettement différenciée par la cystoscopie. Il sera donc prudent de penser à la syphilis dans tous les cas à hématurie d'origine vésicale s'accompagnant de pollakiurie et donc le diagnostic reste hésitant. Une réaction de Wassermann pourra éclaircir le diagnostic et un traitement d'épreuve fera rapidement disparaître les phénomènes morbides.

S. FERNET.

Traitement de la syphilis.

Dix ans de traitement abortif de la syphilis (Zehn Jahre Abortivbehandlung der Syphilis), par H. HECHT. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 5, p. 97.

Voici les conclusions :

Pour tenter une abortion, il faut un diagnostic aussi précoce que possible. Le traitement comporte 3 gr. 50 de néosalvarsan et 15 injections de calomel à 0,05. Si le chancre s'accompagne de R.W. +, renouveler la cure.

Pendant la première année, il faut voir les malades chaque mois, et tous les trimestres la seconde année, et faire les examens nécessaires.

Habituellement, les récidives se font avant 9 mois et sont exceptionnelles.

Mais un traitement insuffisant expose à des variétés graves, neuro-récidives, etc.

Si les 9 premiers mois se passent sans aucun accident, il y a des chances pour que la guérison soit définitive.

On peut la considérer comme certaine (fréquence de réinfections) si au bout de 3 ans il n'y a aucun accident, ni dans le sang, ni dans le liquide céphalo-rachidien.

En ces cas, on peut permettre le mariage au bout de 3 ans, sinon il faut en demander 5, et surveiller mère et enfant.

(La statistique de H. porte sur 69 cas, dont 5 seulement ont présenté des récidives, et dont 3 ont subi des réinfections).

CH. AUDRY.

Une méthode de traitement de la syphilis héréditaire (A method of treating congenital syphilis), par FORDYCE et ROSEN. *The Journ. of the American med. Assoc.*, 20 nov. 1920, p. 1386.

Il n'existe pas jusqu'à l'heure actuelle de plan de traitement de la syphilis héréditaire. Il est classique de prescrire les frictions ou les solutions mercurielles; ces procédés donnent de bons résultats cliniques mais laissent persister des Wassermann positifs. De plus, confiés aux mères, ils ne sont jamais appliqués avec régularité.

F. préconise les injections intramusculaires de mercure et de novarsénobenzol pratiquées avec une aiguille spéciale, munie d'une plaque d'arrêt et assurant la localisation exacte du liquide injecté dans l'épaisseur des muscles fessiers. Les sels employés sont : le bichlorure de Hg en solution huileuse (palmitine) afin d'éviter l'absorption trop rapide et le novarsénobenzol en solution aqueuse. F. attribue à l'emploi de son aiguille spéciale l'absence de tous accidents locaux. Il indique les doses respectives des médicaments à employer suivant l'âge des enfants; les traitements successifs comportent des séries de 6 à 8 injections hebdomadaires.

S. FERNET.

Sur le critérium d'élection et sur la préparation de sérums mercurialisés et salvarsanisés (Sobre el criterio de eleccion y sobre la preparacion de sueros mercurializados y salvarsanizados), par B. RODRIGUEZ ARIAS. Murcie, 1920.

Les injections intrarachidiennes de produits mercuriels ou arsenicaux sont actuellement abandonnées, leur efficacité exigeant des doses relativement élevées dont l'emploi n'était pas sans déterminer d'assez violentes réactions. On leur a substitué des sérums chimio-spécifiques que l'on peut classer en nombreuses variétés suivant l'agent chimique, son mode d'incorporation (*in vivo* ou *in vitro*) dans le sérum et enfin l'origine de ce dernier (autogène, homologue ou hétérologue).

Les sérums autogènes, en dehors des anticorps dont l'action est discutable, ont l'avantage de supprimer toute réaction contre les protéines étrangères et les accidents anaphylactiques. L'addition *in vitro* de l'agent médicamenteux supprime la nécessité d'une injection intraveineuse préalable et le dosage en est plus précis.

Les sérums homologues sont peu pratiques par la difficulté à trou-

ver et à choisir le donneur. R. A. s'est toutefois servi avec avantage de sérum provenant de neuro-syphilitiques à W. négatif et bien traités.

Sans apporter d'affirmation formelle R. A. soupçonne les sérums mercurialisés d'une action plus efficace que les sérums salvarsanisés.

PELLIER.

L'absorption et l'élimination du mercure dans les différentes méthodes employées dans le traitement de la syphilis (Absorption and elimination of mercury in the different methods used in the treatment of syphilis), par LOMHOLT. *The British Journ. of Dermat.*, décembre 1920, p. 354.

Dans ces expériences l'élimination du mercure a été étudiée journellement non seulement dans les urines, mais aussi dans les fèces qui en contiennent habituellement une quantité sensiblement parallèle à celle des urines. De nombreux graphiques rendent compte des éliminations du mercure après les injections de sels solubles et insolubles, après les frictions. Le mercure a aussi été dosé dans le sang où l'on a trouvé 1 à 2 mlgr. par litre, exceptionnellement 3 mlgr. On sait, par contre, que le Tréponème continue à vivre dans le sérum de cheval contenant jusqu'à 10 milligr. de Hg, il semble donc que l'action bactéricide de nos traitements usuels est minime et qu'il y aurait intérêt à rechercher une saturation plus parfaite de l'organisme par le mercure.

S. FERNET.

Le Gérant : F. AMIRAULT.
